



**Tipo de documento: Tesis de Doctorado**

**Título del documento: Escenarios de la desregulación de las obras sociales sindicales: el desafío de los actores frente a la libre elección de los servicios de salud : Buenos Aires 1997-2004**

**Autores (en el caso de tesis y directores):**

**Liliana Findling**

**Susana Belmartino, dir.**

**Datos de edición (fecha, editorial, lugar,**

**fecha de defensa para el caso de tesis: 2012**

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.  
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.  
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: [https://creativecommons.org/choose/?lang=es\\_AR](https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR)



**Liliana Findling**

**Escenarios de la desregulación de las Obras Sociales Sindicales: el desafío  
de los actores frente a la libre elección de los servicios de salud**

**Buenos Aires 1997-2004**

**(Número de volúmenes: 2)**

**Tesis para optar por el título de**

**Doctora en Ciencias Sociales**

**Facultad de Ciencias Sociales**

**Universidad de Buenos Aires**

**Directora: Dra. Susana Belmartino**

**Buenos Aires**

**2011**

## Resumen

El impacto de las reformas de los sistemas y servicios de salud constituye un tema de agenda política en la mayoría de los países de América Latina. Argentina no escapó al complicado panorama por el que atravesó la región. Las sucesivas medidas de ajuste aplicadas reestructuraron drásticamente las políticas sociales en el marco de un proceso de transformación ante las nuevas exigencias provenientes de una economía globalizada.

Lejos de tener un carácter equitativo, la estructura de las Obras Sociales reproduce las desigualdades de ingresos vigentes en la actividad económica y posee un alto grado de heterogeneidad y fragmentación en el acceso a los servicios médicos.

Los proyectos gubernamentales de reforma plantearon restricciones y condicionamientos relacionados con la presencia sindical en la administración y manejo de los fondos de las Obras Sociales, con la ausencia del Estado como financiador, con el débil rol estatal en la regulación del sistema y con la presencia del sector privado que imponía sus intereses.

La desregulación se planteó como un mecanismo ordenador del sistema que intentó transformar la cultura organizacional de las entidades. Uno de los ejes del proceso de reforma fue la libre elección de entidades, considerando que los propios afiliados, en el uso pleno de sus derechos, serían los encargados de castigar prestadores y Obras Sociales ineficientes, lo que incentivaría un proceso de selección natural haciendo más racional el sistema.

La reforma, que demoró más de 4 años en implementarse, se vio entorpecida por continuas negociaciones entre los principales actores corporativos y reflejó una lógica interna altamente fragmentada con ausencia de resortes a nivel parlamentario.

El objetivo general de la tesis se centra en describir el proceso de reforma de Obras Sociales sindicales durante el período 1997-2004 en el Área Metropolitana de Buenos Aires, así como en analizar, a modo de estudio de caso, los cambios que se producen en dos entidades sindicales durante su proceso de reconversión, teniendo en cuenta la órbita institucional y la visión de los afiliados.

Los objetivos específicos son: a) delinear los principales ejes del proceso de Reconversión de Obras Sociales b) analizar el posicionamiento que asumen los actores involucrados, y c) describir los cambios ocurridos en dos entidades sindicales (Unión Obrera Metalúrgica y Obra Social del Personal Gráfico) durante su reconversión.

La metodología contempló un diseño de tipo descriptivo, cuali-cuantitativo y diacrónico, basado en el análisis de fuentes secundarias y en la recolección de datos primarios. Con datos secundarios se relevaron los principales indicadores sobre la reforma del sistema, el proceso de reconversión de las entidades sindicales e indicadores de las dos Obras Sociales bajo estudio. Se realizaron entrevistas en profundidad a informantes clave involucrados en el proceso de reforma, a responsables de las Obras Sociales seleccionadas y a sus usuarios. Mediante el diseño de una muestra no probabilística por cuotas según sexo y edad, se aplicaron encuestas semi-estructuradas a los afiliados de ambas entidades realizadas en los servicios de salud propios del Área Metropolitana de Buenos Aires. El trabajo de campo se efectuó en dos etapas: en el año 1999 y en 2004.

Analizar este proceso de cambio, tanto desde una mirada macro como micro, supone examinar en acción casos reveladores que permiten comprender el desarrollo del proceso desde un contexto más concreto.

Pese a producirse un cambio en la lógica de las políticas sociales y un deterioro en las condiciones de protección social (por la disminución de niveles de empleo en el sector formal y por la desregulación del mercado de trabajo), podría sostenerse que en la seguridad social médica los diferentes mecanismos propuestos no alteraron demasiado la estructura del subsistema de Obras Sociales. La apertura limitada de la libre elección fue menor a la esperada, pero produjo una selección adversa, profundizando aún más la inequidad existente. Si bien la Reforma puso énfasis en mejorar la eficacia y eficiencia de las Obras Sociales, algunos de sus ejes no favorecieron una mayor equidad, como por ejemplo el programa básico de prestaciones, la libre elección de entidades y una mejor adjudicación de los subsidios correspondientes al Fondo Solidario de Redistribución. El conjunto de Obras Sociales que recibió asistencia del Programa del Banco Mundial alcanzó una mejoría relativa en sus indicadores económico-financieros, pero provocó endeudamientos a largo plazo difíciles de saldar en un escenario de contracción económica.

El análisis de la reconversión a nivel micro (UOM y Gráficos) mostró lógicas disímiles relacionadas con sus estructuras organizativas y con sus trayectorias políticas. El hilo conductor en común fue su sólido perfil ideológico que atraviesa a la concepción del cuidado de la salud, planificando su oferta en base a un modelo de servicios propios con escasa contratación privada. La UOM fracasó en sus estrategias de supervivencia y debió acudir a la convocatoria de acreedores y al gerenciamiento de sus servicios, mientras que los Gráficos se beneficiaron adhiriendo al préstamo del Banco Mundial para consolidar sus objetivos. En ambas entidades se detectaron niveles elevados de satisfacción con la atención

por parte de los usuarios, independientemente de la calidad de los servicios de salud imperantes. Dicha evaluación está relacionada con un fuerte sentido de pertenencia en función de una identidad creada por su relación con el trabajo. Independientemente de ello el hecho de disponer de cobertura médica fue sin duda para los beneficiarios, un valor altamente apreciado entre los beneficiarios, que les otorgó un mayor nivel de seguridad y confianza frente a las necesidades de la salud.

Abstract: Scenarios of the deregulation of *Obras Sociales* (trade union institutions health): the challenge of the users facing medical care services free choice. Buenos Aires 1997 - 2004

The impact of the reforms in medical care services and systems constitutes an issue in the political agenda of most Latin-American countries. Argentina couldn't escape the complicated picture the region went through. The consecutive adjustment measures applied, drastically restructured the social policies within the framework of a transformation process in the presence of new requirements deriving from a globalized economy.

Far from being equitable, the structure of the Trade Union Health Institutions - *Obras Sociales* reproduces the income inequality present in the economy, and holds a high level of disparity and fragmentation in the access to medical care services.

Government reform projects posed restrictions and conditioning related to trade union presence at the administration and management of the *Obras Sociales* funds, with the absence of the State as financial backer, the weak State role in the system's regulation and the presence of the private sector, which imposed its interests.

Deregulation was thought as a mechanism for putting the system in order which attempted to transform the entities organizational culture. One of the Reform Process focal points was the free choice of institutions, considering beneficiaries, making full use of its rights, would personally punish inefficient providers and *obras sociales* encouraging a process of natural selection, which would turn the system into a more rational one.

The Reform, which took more than four years to be implemented, was hindered by continuous negotiations among the main corporative actors, and reflected a highly fragmented internal logic with a total absence of influence at parliamentary level.

The overall aim of this thesis is focused on describing the process of reform of the trade union *Obras Sociales* during the period 1997-2004 in the metropolitan area of Buenos Aires, as well as analyzing, as a case study, the changes produced within two trade union

entities during its reconversion process, having in mind the institutional orbit and the beneficiaries point of view.

The specific goals are: a) to outline the main axes of the *Obras Sociales* Reconversion Process, b) to analyze positioning assumed by the actors involved, and c) to describe the changes occurred within two trade union entities (Unión Obrera Metalúrgica and Obra Social del Personal Gráfico) during its reconversion process.

The methodology foresaw a descriptive qualitative-quantitative diachronic design, based on the analysis of secondary sources and gathering of primary data. Secondary data allowed the analysis of the main indicators of the system's reform, the trade union entities reconversion process and the two *obras sociales* under study. In-depth interviews were thoroughly conducted with key informants involved in the Reform Process, with those responsible for the *obras sociales* selected, and with trade union institutions affiliates. Through the design of a non probabilistic sample by quotas of sex and age groups, semi-structured surveys were carried out to affiliates from both entities on medical care services in the metropolitan area of Buenos Aires. Field work was conducted in two stages: in the year 1999 and in 2004.

Analyzing this process of change, both from a macro and micro perspective, involves examining enlightening cases in action which provide a clear understanding on the development of the process from a narrower context.

Despite the change produced in the logic of social policies and the decay of social protection conditions (due to the decrease of employment rates in the formal sector and deregulation of the labor market), one could argue that the different mechanisms proposed in Medical Social Security didn't quite altered the structure of the *Obras Sociales* subsystem. The limited opening of free choice was lower than expected, and resulted in an adverse selection which deepened the existent inequity still further. Even though the Reform placed emphasize on improving the *Obras Sociales* effectiveness and efficiency, some of its core subjects were not conducive to a greater equity, for instance, the Benefits Basic Program, free choice of entities and a better allocation of the Solidary Redistribution Fund benefits. The group of *Obras Sociales* that received assistance from the World Bank Program, relatively improved their economic-financial indicators, but got into long term debts hard to pay back in a scenario of economic contraction.

The Reconversion analysis at a micro level (metallurgical trade union –UOM- and Graphics Trade Union –OSPG-) showed dissimilar logics related to organizational structures and political trajectories. The common thread was its solid ideological profile, which cuts

across healthcare conception, planning its offer on the basis of its own service model with scarce private procurement. UOM failed in its survival strategies and had to resort to composition with creditors and handing over the management of its services. Graphics, in the meantime, benefited from the accession to the World Bank loan in order to consolidate its objectives. At both entities, high levels of satisfaction with attention were detected, regardless the quality of the prevailing health care services. Such evaluation is related to a strong sense of belonging, determined by an identity created by the relationship with their jobs. Nevertheless, the access to healthcare coverage was without a doubt, a highly appreciated asset among the beneficiaries, because it gave them a higher level of safety and assurance facing health needs.

# Índice

## *Volumen I*

Agradecimientos	9
Siglas	11
Capítulo I - Introducción	13
1.1 Planteo del problema	13
1.2 Objetivos	20
1.3 Principales interrogantes	21
1.4 Metodología	21
Capítulo II - Aspectos conceptuales	29
2.1 Sobre las políticas sociales	29
2.2 Sobre los actores	35
2.3 Sobre la inequidad y las desigualdades en salud	37
2.4 Sobre la evaluación de los servicios y la satisfacción con la atención de la salud	40
Capítulo III - El sistema de salud en Argentina: algunas dimensiones	45
3.1 Principales indicadores socio-demográficos y sanitarios	45
3.2 La estructura del sistema de salud en Argentina	48
3.3 Utilización del sistema de salud	54
3.4 El gasto en salud	57
3.5 Cobertura de salud	61
3.6 Indicadores laborales y pobreza	66
Capítulo IV - El sub-sistema de Obras Sociales	69
4.1 Aspectos generales	69
4.2 Recaudación del sub-sistema	71

4.3 Indicadores de población	73
4.4 Rama, tamaño e ingreso per cápita	74
4.5 Producción prestacional e indicadores de utilización	79
<b>Capítulo V - Principales aspectos de la Reconversión durante el período</b>	<b>85</b>
5.1 Antecedentes de la Reforma	85
5.2 Aspectos centrales de la Reconversión de Obras Sociales	90
5.2.1 Libre elección de afiliados	90
5.2.2. Programa Médico Obligatorio (PMO)	102
5.2.3 Reformas en el Fondo Solidario de Redistribución (FSR)	104
5.2.4 Programa de Reconversión de Obras Sociales	106
5.2.5 Eficiencia, regulación y supervisión del sub-sistema	111
5.3. A modo de cierre: el fin de la etapa menemista	113
<b>Capítulo VI - Actores, tomas de posición, estrategias y conflictos</b>	<b>117</b>
6.1 Los actores estatales	119
6.2 Los actores sindicales	122
6.3 Los actores privados	126
6.4 Los Organismos Internacionales	131
6.5 Otros actores con menos presencia	132
<b>Capítulo VII - El proceso de Reconversión de la Obra Social de la</b>	
<b>    Unión Obrera Metalúrgica de la República Argentina (OSUOMRA)</b>	<b>135</b>
7.1 Surgimiento de la UOM	135
7.2 Estructura de la UOM	139
7.3 Situación financiera	144
7.4 El proceso de Reconversión	146
7.5 Los actores frente a la Reconversión	151
7.6 La visión de los beneficiarios	161
7.6.1 Etapa cualitativa	161
7.6.2 Etapa cuantitativa	172
7.7 A modo de resumen	190

Capítulo VIII - Estudio de caso: Obra Social del Personal Gráfico (OSPG)	193
8.1 Surgimiento del gremio	193
8.2 Estructura de la OSPG	197
8.3 El proceso de Reconversión	201
8.4 La visión de los actores involucrados	203
8.5 La opinión de los usuarios	208
8.5.1 Etapa cualitativa	208
8.5.2 Etapa cuantitativa	215
8.6 A modo de cierre	226
 Capítulo IX - Consideraciones finales	 229
 Bibliografía	 241
 <i>Volumen 2 – Anexos</i>	 253
1. Trabajo de campo OSUOMRA	254
1.1 Guía de Pautas para afiliados de la UOM – Etapa cualitativa	254
1.2 Cuestionario UOM – Etapa cuantitativa	255
1.3 Cuadros estadísticos – Etapa cuantitativa	261
 2. Trabajo de campo OSPG	 329
2.1 Guía de Pautas para afiliados de la OSPG – Etapa cualitativa	329
2.2 Cuestionario PSPG – Etapa cuantitativa	329
2.3 Cuadros estadísticos – Etapa cuantitativa	335

## **Agradecimientos**

Esta tesis estuvo retenida durante más tiempo que el imaginado, aunque finalmente pudo plasmarse gracias a una red de apoyos, tanto personales como institucionales, que merece mi enorme reconocimiento.

En primer lugar a mi directora de tesis, Susana Belmartino, a la que debo agradecerle haber aceptado la dirección de esta investigación, la orientación y guía permanente brindada a nivel académico y la relación de afecto establecida a lo largo de estos años. Fue un orgullo haber sido su doctoranda.

A mi entrañable colega, amiga y orientadora con quien trabajo desde hace más de veinte años en proyectos sobre salud, Elsa López, quien siempre me impulsó a proseguir con este trabajo pese a los avatares de la vida. Es muy placentero contarla entre esta red de ayudas.

A Mónica Abramzón que con su predisposición constante estuvo atenta para recomendar artículos o libros que pudieran ser útiles para el tema de mi tesis.

A Paula Lehner, Marisa Ponce, María Pía Venturiello y Silvia Mario, colegas del equipo de investigación dirigido por Elsa López y co-dirigido por mí, que también me han incitado a terminar este trabajo, pese a las obligaciones cotidianas, tanto académicas como técnicas de los proyectos en curso que no tenían relación con mi tema de tesis (ponencias, artículos, libros, presentación en Congresos, viajes, etc.). Son excelentes compañeras de trabajo e inspiran aires jóvenes en el equipo.

A Ana Lía Kornblit, mi directora ante el Conicet que recalca la importancia de finalizar una etapa.

Y no quiero dejar de mencionar a Hugo Mercer, quien logró apasionarme en el tema de las políticas de salud allá por el año 1987 cuando dictó un seminario sobre el Seguro Nacional de Salud en el Colegio de Graduados de Sociología (hoy Consejo Profesional). El Colegio ya me había ayudado a encontrar una identidad profesional y Hugo marcó mi rumbo en cuanto a la elección de un tema de investigación que siempre continué. También quiero agradecer a Laura Golbert que actuó como Directora de uno de los primeros proyectos financiados por Conicet sobre el rol de los actores en el Seguro Nacional de Salud, encarado con mucho esfuerzo y trabajo por María del Carmen Tamargo y por mí.

En ese mismo sentido debo agradecer a Ana María Mendes Diz que se involucró y luego se entusiasmó en el proyecto financiado por Conicet para investigar el proceso de reconversión de la Obra Social del Personal Gráfico en el año 2002, y que por problemas administrativos y financieros recién pudo implementarse en el año 2004.

Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo de varias instituciones: el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, que es casi como mi segundo hogar y que me ha dado un lugar en el mundo para desarrollar mi tarea académica desde 1989. A la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur, con sede en la Escuela de Salud Pública de Río de Janeiro, y a su coordinadora de entonces, Celia Almeida, que financió en 1999 el proyecto sobre Reconversión de Obras Sociales (que incluía el proceso de cambio de la Unión Obrera Metalúrgica). A la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires que también hizo posible el desarrollo de proyectos sobre el tema.

Del mismo modo deseo agradecer a las autoridades de la Obra Social de la Unión Obrera Metalúrgica y de la Obra Social del Personal Gráfico que hicieron posible desarrollar el trabajo de campo, como así también a todos los entrevistados (desde sus directores, médicos, dirigentes sindicales hasta cada uno de los usuarios).

A nivel personal, un enorme gracias a Mirta Saiegh por ayudarme a superar con mucha paciencia las adversidades de la vida e impulsarme constantemente a vencer mis obstáculos ante este trabajo que parecía monumental.

Por último no puedo olvidar a mis amigas y a mi familia. Liliana Cometta y Laura Champalbert, amigas del alma, siempre al pie del cañón para que la tesis esté bien editada y redactada. A Manuel Roales, mi pareja y compañero de la vida, que soportó estoicamente las interminables horas que insumió este trabajo y a Fede Roales, mi sol adolescente, que se convirtió en el co-editor de este trabajo y que con estrategias variadas siempre trató de estimularme.

## **Siglas**

ACAMI - Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas

ADEMP - Asociación de Entidades de Medicina Prepaga

CABA - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CAES – Cámara Argentina de Empresas de Salud

CIMARA - Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina

CGT – Confederación General del Trabajo

COMRA - Confederación Médica

CONFELISA - Confederación de Clínicas y Sanatorios

ECV – Encuesta de Condiciones de Vida

ENGHUSS - Encuesta de Nacional de Gasto y Utilización de Servicios de Salud

FGB - Federación Gráfica Bonaerense

FROS - Fondo de Reversión de Obras Sociales

FSR - Fondo Solidario de Redistribución

INDEC – Instituto de Estadísticas y Censos

OSPG RA - Obra Social del Personal Gráfico de la República Argentina

OSUOMRA - Obra Social de la Unión Obrera Metalúrgica de la República Argentina

PMO - Programa Médico Obligatorio

SSS - Superintendencia de Servicios de Salud

TGF - Tasa Global de Fecundidad

UOM - Unión Obrera Metalúrgica

## Capítulo I - Introducción

### 1.1. Planteo del problema

Las políticas de salud implementadas a lo largo del siglo XX dieron lugar a instituciones cuyas características más salientes son la fragmentación, la desigualdad y la diferenciación. Estos rasgos, también presentes en otros campos de la política social, sobresalen en el sector salud, y esa heterogeneidad es una de las consecuencias de la compleja evolución histórica del sector que deriva en una atención sanitaria costosa e injustamente distribuida.

El análisis del sistema de servicios de salud en Argentina se ha basado tradicionalmente en tres sub-sistemas: público, privado y de la seguridad social. Esta diferenciación refiere por un lado a la propiedad o jurisdicción de las respectivas instituciones proveedoras de servicios, y por el otro a las fuentes de financiación y los mecanismos de relación entre instituciones financiadoras y proveedoras (Belmartino, 2000). El financiamiento se origina en tres fuentes: los impuestos (nacionales, provinciales y municipales), las contribuciones a la seguridad social y la compra directa de seguros más los copagos en el subsector privado. El subsistema público responde a una estructura federal: los Ministerios de Salud provinciales tienen bajo su órbita la provisión de servicios de salud para la población sin cobertura, mientras el Ministerio de Salud de la Nación sólo tiene a su cargo organismos descentralizados residuales. Al mismo tiempo, la escasa participación del Ministerio de Salud de la Nación en la definición y ejecución de recursos financieros asignados para la provisión de servicios de salud provinciales y municipales debilita su capacidad de rectoría (Báscolo y Bloch, 2003).

La fragmentación atraviesa a la mayoría de las instituciones que componen el sistema, que se agrava por la escasa coordinación y articulación, reproduciéndose al interior de cada uno de los subsectores (Acuña y Chudnovsky, 2002).

Las Obras Sociales (de distinta naturaleza) constituyen la base de la Seguridad Social Médica en el país y están conformadas por un seguro obligatorio para los asalariados formales y su grupo familiar primario. Una amplia mayoría está agrupada en las denominadas Obras Sociales sindicales, cuya administración está a cargo de los sindicatos (abarca cerca de 230 organizaciones) y agrupa a un universo de 11 millones de beneficiarios con características disímiles entre sí.

Lejos de tener un carácter equitativo, la estructura de las Obras Sociales reproduce las desigualdades de ingresos vigentes en la actividad económica, ya que los aportes y contribuciones descansan sobre los salarios medios de las distintas ramas de producción de

bienes y servicios. Casi desde su creación, esa modalidad presentó un alto grado de heterogeneidad en el acceso, lo cual determinó niveles heterogéneos de recaudación de recursos entre las distintas entidades y provocó profundas disparidades en el nivel de la oferta, el acceso a los servicios y gastos en prestaciones médicas, incluyendo la ayuda de un Fondo de Solidario Redistribución (FSR) que actuó como compensador y que ha intentado –sin demasiado éxito– atenuar dichas diferencias.

Una parte del gasto en Seguridad Social es financiado por partidas del presupuesto general, ya sea de la Nación o las Provincias, pero la mayor parte es cubierta con fondos que tienen origen en impuestos al trabajo. Jurídicamente las Obras Sociales son entidades de derecho privado pero, dado el origen tributario de sus recursos, su actividad forma parte del gasto público en salud y se financia con aportes y contribuciones sobre el salario.

Esta modalidad estuvo basada en su origen en una concepción de un mercado de trabajo estable, con pleno empleo y con sólidas perspectivas de incorporación de asalariados formales al sistema. En ese sentido, es importante tener en cuenta que los derechos sociales no estuvieron ligados a una categoría amplia ligada a la ciudadanía, sino más bien se restringieron a la categoría de trabajador (Grassi, Hintze y Neufeld, 1994).

El impacto de las reformas de los sistemas y servicios de salud en las últimas décadas constituye un tema de agenda política en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe.

Los procesos de cambio han sido influenciados por varios fenómenos simultáneos, tanto endógenos como exógenos, tales como la democratización política del continente, las transformaciones de la economía mundial y sus turbulencias concomitantes, las opciones internas frente a la globalización, las crisis fiscales del Estado, la disminución de las inversiones públicas, el aumento de las desigualdades entre los grupos sociales, el apremiante rescate de la ingente deuda social acumulada y la ineficiente y baja efectividad de las acciones en el sector salud (CEPAL, 2000).

Las crisis de la deuda de principios de los años '80 coincidieron, no incidentalmente, con las trayectorias políticas de los principales países de la región (México, Brasil, Argentina, Chile y Uruguay). Los dilemas de la post-transición y las dificultades de construir un orden político democrático estable pueden ser entendidos como el agotamiento de la “Matriz Estado-céntrica” (Cavarozzi, 1991).

El consenso de Washington consideraba que las causas de la crisis de América Latina se debían al fuerte crecimiento del Estado traducido en proteccionismo (el modelo de sustitución de importaciones), al exceso de empresas estatales ineficientes, y al populismo

económico, definido por la incapacidad de controlar el déficit público y mantener bajo control las demandas salariales tanto en el sector privado como en el sector público. A partir de esa evaluación, las reformas de corto plazo debían apuntar a lograr cuatro aspectos principales: estabilidad macroeconómica; apertura del comercio; menor participación del Estado en la economía y alivio de la pobreza (Bresser Pereira, 1991).

Las opciones políticas que pautaron la reinserción de América Latina en el nuevo orden mundial, salvo escasas excepciones, no se orientaron hacia la puesta en marcha de adecuadas políticas sociales, sino a someter a los Estados nacionales a las condiciones establecidas por los Bancos acreedores del endeudamiento regional.

Las importantes transformaciones acaecidas entre 1980 y 1990 en la región condujeron a un balance económico y social desalentador a causa de la relación entre el desarrollo social extremadamente desigual y las dificultades en la implementación de cruciales reformas que gozaron de consenso en la literatura, en los gobiernos y en los organismos internacionales (Almeida y Findling, 2002).

El principio orientador de las reformas en los sistemas y servicios de salud se basó en la superación de las desigualdades. Sin embargo, las evidencias posteriores no confirman ese resultado ya que el número absoluto de pobres en la región de América Latina y el Caribe aumentó entre 1990 a 1999 de 200,2 a 211,4 millones de personas (CEPAL, 2000) y se intensificó de manera similar la vulnerabilidad económica de los sectores bajos y medios por la inequitativa distribución de la renta, ubicándolos más cerca de la línea de pobreza, especialmente en las áreas metropolitanas de todos los países. Este panorama generó como prioridad, a comienzos del siglo XXI, el combate a la pobreza y la revisión de las políticas sugeridas por las agencias multilaterales en la región de América Latina y el Caribe. La cuestión de la equidad pasó a ser considerada como elemento esencial para un desarrollo regional integral y sustentado (Almeida y Findling, 2002).

Argentina no escapó al complicado panorama por el que atravesaba la región. Las sucesivas políticas de ajuste, aplicadas en forma intermitente en las últimas décadas en el país, reestructuraron drásticamente la economía en el marco de un proceso de transformación que enfrentó nuevas exigencias provenientes de una economía globalizada y que se vincularon a la decadencia real, política o ideológica de un frágil Estado de Bienestar alcanzado (Lerner, 1993).

Los proyectos gubernamentales de reforma del sistema de salud, especialmente los referidos a la desregulación de las Obras Sociales, asomaron en la década del '90 en Argentina y plantearon restricciones y condicionamientos que le son propios: presencia

sindical en la administración y manejo de los fondos de las Obras Sociales, ausencia del Estado como financiador, débil participación estatal en la regulación del sistema y amplia participación de prestadores privados como principales proveedores de servicios de salud (Katz et al., 1993).

Las propuestas neoliberales -centradas en la restitución del mercado como rector de la vida social y en la redefinición de los ámbitos de intervención estatal- fueron adoptadas acríticamente por el gobierno del presidente Menem, profundizando así un proceso de apertura económica, desregulación financiera, privatizaciones, flexibilización laboral y altos índices de desempleo y pobreza.

La necesidad objetiva de reformar el Estado y de plasmar la reconversión económica ha sido tergiversada y se tradujo en una rigurosa demarcación entre lo público y lo privado, ocasionando una reformulación de las políticas sociales y de los sistemas de protección social.

En muchos países centrales la prédica anti-estatista condujo a un retiro del Estado de la economía con alcances diversos; si bien hubo indicios de severas reestructuraciones (Therborn, 1986; Mishra, 1990), no fueron desmantelados los sistemas de protección social. En cambio, en América Latina y especialmente en Argentina, se tendió a un proceso de redefinición de las políticas gubernamentales en el marco de una intensa mutación del Estado a través de la privatización de su aparato productivo, de la desregulación de la economía, de la tercerización de muchas de sus funciones de apoyo, de la descentralización de la mayoría de los servicios públicos y de un nuevo perfil de la dotación del Estado (Oszlak, 2001).

La preocupación por los costos y la competitividad determinó una profundización de las políticas de reforma de las relaciones laborales. Si bien se produjo un aumento de la tasa de asalarización del empleo durante los primeros años, situación que distingue a la Argentina de otros países de la región, este incremento se acompañó con una intensa precariedad laboral (ausencia de cobertura legal y social), alta inestabilidad y subocupación horaria. El aumento de la desocupación estuvo muy relacionado con la caída del salario real. En el último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2001 se registra un aumento sustancial de la población sin Obra Social, plan médico o mutual, que pasó del 37% en 1991 al 48% en 2001 (Belmartino, 2006; Hintze, 2007; Danani y Lindenboim, 2003 y Palomino, 2003).

En este proceso se observaron distintos mecanismos orientados a deslegitimar las antiguas formas de intervención estatal y, al mismo tiempo, a generar la construcción de nuevas formas de verosimilitud (Gruner, 1990). La aplicación de estas políticas de ajuste estructural se ha encarado de una manera fundamentalista mediante la aceptación de la versión del modelo privatista anglosajón aggiornada para el Tercer Mundo por los Organismos Internacionales de

financiamiento. Ello se tradujo en varias apelaciones a transferir la responsabilidad colectiva a la órbita de lo individual sobre cuestiones básicas que hacen a la reproducción social (Hintze, 2007).

El argumento central de la Reforma de Obras Sociales, si bien intentó aumentar la eficiencia y eficacia del funcionamiento de las entidades, no pasó por restituir al mercado los servicios que se proveían (dado que las estrategias de mercado nunca estuvieron del todo ausentes), sino que se centró en desregular su dinámica. Esa desregulación no estuvo dirigida centralmente a corregir eventuales distorsiones de una oferta de oligopolio bilateral, intentando cambiar el modelo de financiamiento que aún mantiene su carácter compulsivo y la misma fuente de recursos, sino que se abocó a eliminar el carácter cautivo de la población beneficiaria (Katz et al. 1993).

Así, el discurso de los principales actores pro-reforma sostenía que la libertad de elección del beneficiario aumentaría la competencia entre las Obras Sociales y entre los prestadores, lo que haría más eficiente el sistema. Los propios individuos, en el uso pleno de sus derechos, serían los encargados de castigar prestadores y Obras Sociales ineficientes, incentivando un proceso de selección natural que haría más racional el uso de los servicios.

El reemplazo del concepto de población cautiva por el de libre elección planteó el inicio de un proceso que generó cambios profundos en el vínculo del beneficiario con el prestador de servicios de salud, acercándose más a la dinámica de otros mercados más centrados en la relación productor/proveedor de servicio-consumidor, moldeando una nueva lógica en los mecanismos de contratación entre sub-sistemas (Cetrángolo y Devoto, 1999).

La propuesta desregulatoria apareció en el país como un mecanismo ordenador del sistema, que intentó transformar la cultura organizacional de las Obras Sociales, pero su efectiva implementación se vio entorpecida por las continuas estrategias de los principales actores involucrados en este proceso a través de una constante redistribución de alianzas y profundas modificaciones en la toma de decisiones durante el proceso de implementación.

El consenso de los actores y los incentivos para lograrlo son herramientas fundamentales para un resultado positivo de una reforma, es más, la ausencia de consenso difícilmente podrá tener una correcta implementación de los instrumentos, por más adecuados que éstos sean. De esta relación estratégica entre actores pueden surgir acciones no siempre planeadas en los procesos originales de reforma y quizás este aspecto puede explicar de alguna manera algunos éxitos parciales y muchos fracasos de la desregulación propuesta por el gobierno menemista (Medici, 2007; Maceira, 2007; Belmartino, 2006).

La transición desde un afiliado cautivo hacia un beneficiario que está en condiciones de elegir una Obra Social marcó un nuevo camino para las entidades sindicales, ya que muchas de ellas debieron generar nuevas formas de organización interna para lograr evitar la migración de beneficiarios a través de ofertas innovadoras de servicios y de políticas comunicacionales que mejoraran su imagen institucional. Estas formas han sido más valoradas por los beneficiarios que contaron, sobre todo, con herramientas tendientes a discriminar adecuadamente la información sobre la oferta existente de los servicios de salud.

Por otra parte, la desregulación de Obras Sociales adquirió especial relevancia ante un contexto internacional en el que el sindicalismo debió hacer frente a la creciente movilidad del capital y a la consecuente competencia entre naciones para ofrecer combinaciones atractivas de costos laborales y productividad para atraer la inversión. La aplicación de hecho y, luego de derecho, de las formas técnicas y jurídicas de la flexibilización laboral, agudizaron los problemas del sindicalismo y modificaron la mediación entre la sociedad y el Estado afectando al conjunto de instituciones del trabajo, al conjunto de las Obras Sociales construido en base del empleado asalariado y ocasionando una pérdida de recursos de poder por parte de los sindicatos. Los gremios líderes de la era de la industrialización dejaron de ser referencia nacional en materia de niveles salariales o de condiciones de trabajo (Fernández, 1998; Murillo, 1997; Novick, 2001).

De todas formas las medidas desregulatorias no afectaron por igual a las Obras Sociales: la estructura organizativa de cada sindicato, su orientación político-ideológica, su capacidad de influir sobre las políticas de Estado, su capacidad de movilización y acción colectiva y la estructura de la actividad son variables que han pesado al hacer un balance (Perelman, 2006). El impacto desigual de las medidas desregulatorias sobre las distintas Obras Sociales de origen sindical se debió además a que algunos gremios lograron obtener compensaciones especiales para sus entidades a cambio de apoyar, o no obstaculizar, algunas de las reformas laborales y los procesos de privatización de empresas públicas que se implementaron en el período (Belmartino, 2000; Perelman, 2006).

¿Cuáles han sido los principales ejes en los que se centró la reconversión de Obras Sociales? Los aspectos más destacados fueron la introducción de la libre elección de afiliados entre Obras Sociales sindicales, la aplicación del Programa Médico Obligatorio (PMO), la creación de mecanismos más transparentes en el Fondo Solidario de Redistribución (FSR), la implementación del Programa subsidiado a través del Banco Mundial, Fondo de Reconversión de Obras Sociales (FROS) y la creación de mecanismos regulatorios para

perfeccionar la coordinación y mejorar la eficiencia interna de las entidades que intentaba tender a un cambio en el modelo de cuidado de la salud.

También se avanzó en modificar las relaciones entre Obras Sociales y proveedores de servicios, estableciendo la libertad de contratación, no sujeta a nomencladores o tarifas prefijadas; sin embargo, las relaciones entre financiadores y proveedores provocaron un abierto rechazo a las posibilidades de regulación estatal. Es por ello que los contratos que antes se pactaban entre Confederaciones representantes de la oferta y las Obras Sociales, que estaban sujetos teóricamente al control y regulación de los organismos estatales, fueron reemplazados por estrategias innovadoras con nuevas pautas contractuales y mecanismos de selección de proveedores y pagos modulados o capitados (Belmartino, 2006).

A modo de resultado global y analizando los indicadores macro-económicos en el país a fines de los '90, se observó como resultado de esta política una creciente inestabilidad generada por la apertura económica, por las privatizaciones de empresas públicas y por la desregulación estatal y financiera, que provocaron desiguales patrones de crecimiento, regresiva distribución del ingreso, índices elevados de pobreza e indigencia y una mayor exclusión social asociada con el desempleo y la precarización laboral (CEPAL, 2000).

En lo que se refiere a las reformas sectoriales implementadas, la ausencia de un diseño institucional y financiero que acompañara el proceso de descentralización, la falta de los imprescindibles consensos sociales y políticos, acentuó las disparidades preexistentes y originó una gran heterogeneidad de respuestas a nivel macroeconómico (Belmartino, 2006).

El fracaso parcial de la reforma puede explicarse por problemas estructurales relacionados con la crisis, por el predominio de intereses corporativos contrarios a los objetivos propuestos por la reforma, obstaculizando así los cambios pretendidos y sobre todo por una débil capacidad reguladora de las agencias estatales sobre el sistema de servicios de salud (Belmartino, 2000). Y la salida de la convertibilidad y la brusca devaluación acentuaron la caída en el nivel de salarios elevaron los precios de los productos básicos y profundizaron aún más los niveles de pobreza.

Los avances poco exitosos en la puesta en marcha de innovaciones en los sistemas de salud requieren ser analizados críticamente y la singularidad de las experiencias nacionales constituye una fuente muy valiosa para la reflexión y el debate (Almeida y Findling, 2002).

Esta tesis describirá el alcance de los principales aspectos de la desregulación de Obras Sociales, pero también avanzará en analizar los cambios ocurridos en los servicios de salud brindados por dos entidades gremiales en particular desde la visión de sus dirigentes y las necesidades de la población afiliada. Estos aspectos no siempre son identificados por los

tomadores de decisiones. Los usuarios, a pesar de ser los principales destinatarios de las reformas, generalmente ven limitada su capacidad de intervención en la implementación de cambios. Así se profundiza una de las características sobresalientes del sistema de salud: la presencia de información asimétrica entre usuarios de Obras Sociales y los servicios (Maceira, 2007).

La propuesta consiste en describir los lineamientos de las transformaciones en el campo de la seguridad social médica (Obras Sociales sindicales) y analizar cómo se desarrollaron en la práctica dichos lineamientos en dos entidades sindicales teniendo en cuenta las opiniones de los principales actores involucrados.

La intención es estudiar el proceso de reforma desde dos niveles de análisis en función de un continuum macro-micro integrador y traductor de las relaciones entre actores con una perspectiva multidimensional (Alexander 1987; Ritzer, 1981). Trabajar con un estudio de caso particular como estrategia de diseño de investigación pretende examinar dos Obras Sociales en acción como casos críticos y reveladores en sí mismos, que si bien poseen un carácter particularista, permite comprender el desarrollo del proceso macro desde un contexto concreto. Además permite analizar la capacidad de acción y la relación entre los macro y micro fenómenos para un tratamiento más global de los procesos de cambio, examinando el interjuego y la mutua determinación de factores internos y externos y sus relaciones, teniendo en cuenta los modos de vida, las estrategias y las racionalidades de los actores (Long y Long, 1992).

En ese sentido, si bien la bibliografía que analiza la reforma a nivel macro en el país es profusa (Acuña y Chudnovsky, 2002; Belmartino, 2000 y 2006; Cetrángolo y Devoto, 1999 y 2002; Danani, 1996 y 1998; Danani y Lindemboim, 2003; Grassi, 2003; Katz et al. 1993; Hintze, 2007 y Maceira, 2007), son escasas las investigaciones que desmenuzaron a nivel micro los cambios específicos implementados en las entidades. Así se considera que el tema de esta tesis constituye una fuente para la reflexión y el debate desde otra mirada centrada principalmente en los propios sujetos involucrados.

## **1.2. Objetivos**

El objetivo general de la tesis es describir el proceso de reforma de las Obras Sociales sindicales en el marco de sus intentos desregulatorios durante el período 1997-2003, así como explorar los cambios que se producen en dos entidades sindicales durante su reconversión.

Los objetivos específicos se centran: a) describir la puesta en marcha y evolución de los principales ejes del proceso de Reconversión de Obras Sociales durante el período

1997/2003 en el país; b) analizar el posicionamiento que asumen los actores que intervienen en dicho proceso, y c) examinar los cambios ocurridos en dos Obras Sociales sindicales (Unión Obrera Metalúrgica y Personal de la Industria Gráfica) durante su proceso de reconversión desde la visión de los principales actores involucrados (dirigentes, personal médico y usuarios) en el Área Metropolitana de Buenos Aires

### **1.3. Principales interrogantes**

Se plantearon las siguientes preguntas que guían el desarrollo de esta tesis:

- Pese a las estrategias paralelas de bloqueo de los distintos proyectos de reforma emanados desde el gobierno, ¿la implementación de cambios en la organización, cobertura y financiación de los servicios constituyó un paliativo para los graves problemas derivados de la crisis financiera de las Obras Sociales?
- ¿La libre elección de usuarios entre Obras Sociales favoreció o empeoró la equidad del sistema?
- ¿Qué actores resultaron afectados por los cambios impulsados en la reconversión para lograr mayor eficiencia y eficacia en la calidad de la atención?
- ¿Las resistencias de los diferentes actores frente a los cambios impulsados por la desregulación impactaron en el proceso de reconversión?
- ¿Diferentes estrategias de reconversión inciden en la evaluación de la calidad de atención de los servicios de salud por parte de los usuarios?
- ¿Los usuarios de estas Obras Sociales poseen capacidad para discriminar y evaluar los cambios en la calidad de atención de los servicios que brindan las Obras Sociales?
- ¿El bajo nivel de información sobre la oferta de servicios de salud afecta la predisposición al cambio de obra social?

### **1.4. Metodología**

El período de investigación abarca desde 1997 hasta 2004 y el ámbito alcanza al Área Metropolitana de Buenos Aires. Para el primer objetivo relacionado con el análisis de los principales lineamientos de la reconversión de las Obras Sociales se trabajó con datos secundarios teniendo en cuenta los siguientes indicadores:

- cobertura de salud
- tamaño de las Obras Sociales
- prestaciones de salud
- cantidad de afiliados
- ingresos promedio de afiliados
- evolución de la libre elección de afiliados
- balance de pérdidas y ganancias de cada entidad
- análisis de encuestas de opinión sobre predisposición al cambio de obra social

Las fuentes de datos consultadas fueron las siguientes:

- Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y SIEMPRO, Encuesta Nacional de Gasto en Hogares y Utilización de Servicios de Salud (ENGHUSS) de la Dirección de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud e Instituto Gino Germani (CEDOP); documentos de la Superintendencia de Servicios de Salud y del Banco Mundial.
- Revisión de las secciones política y salud y suplementos especiales de los principales periódicos de la Capital Federal desde 1997 hasta 2003 (Clarín, La Nación, Página 12 y Ámbito Financiero)

El segundo objetivo, vinculado al análisis del posicionamiento de los actores involucrados en el proceso de reconversión se abordó con fuentes secundarias y primarias, intentando identificar los temas en discusión, los puntos de conflictos y acuerdos que se generaron durante el proceso de reforma.

Mediante fuentes secundarias se procedió a la revisión de: a) documentos elaborados por sindicatos, Obras Sociales, empresas de medicina pre-paga y asociaciones o confederaciones médicas y sindicales y, b) Principales periódicos de la Capital Federal desde 1997 hasta 2003 (Clarín, La Nación, Página 12) y de sus secciones política y salud y suplementos especiales

Además se efectuaron 8 entrevistas a informantes clave representativos de los distintos actores involucrados (Dirigentes de ADEMP, dirigentes de Obras Sociales con responsabilidad en áreas financieras y administrativas de las instituciones y expertos en el tema de Reforma de Obras Sociales). Se utilizó una muestra no probabilística de tipo intencional y se aplicó como

instrumento de recolección de datos una entrevista en profundidad. La guía de pautas semi-estructurada tuvo en cuenta las siguientes dimensiones:

- Evaluación de los cambios a nivel macro y relación con las transformaciones en las Obras Sociales Sindicales
- Cambios percibidos en las estrategias de los principales actores
- Opinión sobre la desregulación y posibles transformaciones
- Papel del Estado en el escenario desregulatorio
- Rol del sector privado en la política de salud
- Tendencias a futuro
- El panorama de la Obra Social de la Unión Obrera Metalúrgica

El tercer objetivo destinado a analizar los cambios ocurridos en dos Obras Sociales sindicales durante su proceso de reconversión –Obra social de la Unión Obrera Metalúrgica (OSUOMRA) y Obra Social del Personal Gráfico (OSPG)– se trabajó tanto con fuentes secundarias como primarias. Es importante poner de manifiesto los criterios de selección de estas instituciones, que obedecieron a una finalidad netamente intencional. Mediante las conexiones derivadas de contactos con algunos dirigentes de Obras Sociales y las posteriores entrevistas personales mantenidas, se logró la aceptación de estas dos entidades, brindando su apoyo al desarrollo del trabajo de campo. A pesar de ello, se encontraron ciertas dificultades, sobre todo en la dificultad para lograr entrevistas con algunos actores (médicos y dirigentes sindicales).

Ambas Obras Sociales han atravesado situaciones bien diferenciadas frente a la reconversión y encararon estrategias diversas para superar sus crisis financieras acaecidas en etapas distintas. Además presentaban indicadores de estructura prestacional, financiera y de afiliación poco semejantes. Sin embargo, tanto la Obra Social de la Unión Obrera Metalúrgica como la Obra Social del Personal de la Industria Gráfica son entidades paradigmáticas de la historia del movimiento sindical argentino, por compartir el mismo modelo ideológico en cuanto a la oferta de servicios propios y por su relevancia gremial en la escena política: Lorenzo Miguel y Raimundo Ongaro han sido los máximos responsables de esas instituciones y pertenecieron a arcos ideológicos y sindicales muy opuestos entre sí. En marzo de 1968, con el régimen de Juan Carlos Onganía se produce la ruptura de la Confederación General del Trabajo, y nace por una parte, la CGT de los Argentinos, más combativa con el gobierno militar, liderada por Raimundo Ongaro, y por la otra, la CGT Azopardo, dialoguista, bajo la

dirección de Augusto Vandor. Allí entraron en pugna dos modelos sindicales de organización del movimiento obrero y dos modelos de país (Reato, 2008).

Frente a las medidas de desregulación de las Obras Sociales, impulsadas por el gobierno menemista, la Obra Social de la Unión Obra Metalúrgica (UOM) ha debido solicitar convocatoria de acreedores a fines de 1999, durante su proceso de reconversión, y sufrió una brusca transformación en su estructura prestacional tras el fracaso de su gestión para solicitar el préstamo del Banco Mundial. En cambio, la Obra Social del Personal Gráfico ha encarado una exitosa reconversión de sus servicios de salud con apoyo del FROS que condujo a un crecimiento sostenido de la entidad y que se mantiene a lo largo del tiempo.

El trabajo de campo fue encarado en dos momentos diferentes: el seguimiento del proceso de reconversión de la OSUOMRA fue sincrónico, se inició en julio de 1999 y finalizó en junio del 2000, mientras que el trabajo de campo correspondiente a la OSPGRA se realizó durante el año 2004 a posteriori de su proceso de reconversión.

El no poder hacer el trabajo de campo simultáneamente en las entidades seleccionadas respondió sólo a cuestiones relativas al financiamiento y aprobación de los proyectos de investigación. El análisis de los principales ejes de la reforma y la reconversión a nivel micro de la OSUOMRA fue el resultado de dos proyectos de investigación financiados por la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur y por el programa Ubacyt de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires (1999-2002)<sup>1</sup>.

El análisis del proceso de transformación de la Obra Social del Personal Gráfico se financió a través de un proyecto aprobado por el Conicet en 2002, que recién pudo llevarse a cabo en 2004 por demoras en el otorgamiento de su financiamiento<sup>2</sup>.

Se trabajó con fuentes secundarias y primarias. Con base en datos secundarios se relevaron los principales indicadores sobre las entidades: estructura, recursos disponibles, categoría de beneficiarios e indicadores de salud. Las fuentes de recolección han sido la Dirección de Asistencia Social de la UOM, la Secretaría Administrativa del Sindicato del

---

<sup>1</sup> “Salud y Desregulación: el proceso de reconversión de las Obras Sociales en Argentina. Un estudio de caso” (Proyecto Arg/001- Red de Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur e IDRC -Canadá) - “Salud y desregulación: la reconversión de las Obras Sociales” (Programación Científica Ubacyt 1998-2000) - “Nuevos escenarios de la desregulación de las Obras Sociales: el desafío de los actores frente a la libre elección de los servicios de salud” (Programación Científica Ubacyt 2001-2003). Estos proyectos fueron dirigidos por la Lic. Liliana Findling con la colaboración de la Lic. María Arruñada y del Dr. Ezequiel Klimovsky.

<sup>2</sup> Proyecto PIP Conicet: El proceso de reconversión de Obras Sociales y su impacto en la atención de la salud. Un estudio de caso. Directora: Dra. Ana María Mendes Diz, Investigadora: Liliana Findling. Asistentes de investigación: Ana Clara Camarotti, Pablo Di Leo y Patricia Schwarz.

Personal Gráfico, Boletines y Memorias de ambas entidades y sistematización de datos de la Superintendencia de Servicios Salud.

Las fuentes primarias para este objetivo constaron de dos etapas: cualitativa, la primera y la segunda cuantitativa. Se privilegió una combinación entre ambos métodos para lograr una validación cruzada (Jick, 1979), integrando los resultados del trabajo de campo cualitativo para desarrollar un adecuado instrumento de recolección de datos de tipo cuantitativo.

- **Etapa cualitativa:** se trabajó con dos unidades de análisis: a) actores involucrados en ambas Obras Sociales y b) usuarios de las entidades

a) informantes clave: se efectuaron 10 entrevistas en profundidad a los principales responsables de la OSUOMRA (Directores de Centros Médicos, Directores Administrativos, médicos y dirigentes sindicales) en los servicios de salud propios de la zona norte, zona sur y zona oeste del Conurbano de Buenos Aires y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 6 entrevistas en la OSPGRA en el servicio de salud propio de la Capital Federal (Directores de la Obra Social, médicos, empleados administrativos y dirigentes sindicales).

Tipo de muestra: no probabilística de tipo intencional.

Instrumento de recolección de datos: entrevista en profundidad. Se elaboró una guía de pautas que tuvo en cuenta los siguientes ejes:

- principales transformaciones ocurridas en la Obra Social a partir de 1997
- evaluación de los cambios
- impacto en los recursos humanos
- evaluación ex ante y ex post de de la calidad prestacional
- el rol de la reconversión: a quién beneficia y a quien perjudica
- balance de pérdidas y ganancias de afiliados
- estrategias de posicionamiento actuales y futuras
- comunicación institucional para la captación de afiliados

b) Usuarios: se efectuaron 22 entrevistas en profundidad a usuarios de ambas entidades (10 en la OSUOMRA y 12 en la OSPGRA) para conocer la percepción de los afiliados/as titulares a fin de indagar sobre la calidad prestacional de los servicios. Mediante una muestra no probabilística, se aplicó el mismo instrumento de recolección de datos

(entrevista en profundidad). Se elaboró una guía de pautas (ver anexo) con preguntas abiertas en base a las siguientes dimensiones:

- significados sobre el cuidado de la salud
- definición de una cobertura de salud ideal
- perfil e intensidad de las prestaciones utilizadas
- percepción de la relación médico-paciente
- percepción de los aspectos organizativos, de infraestructura y tecnológicos
- resolución de los problemas de salud
- evaluación del personal médico y no médico
- ventajas y desventajas de la obra social
- percepción de los cambios a partir del proceso de reconversión
- conocimiento y opinión del decreto de libre afiliación
- posibilidad futura de cambio de obra social

Se aplicó el criterio de saturación teórica (Glaser y Strauss, 1967), en el que se alcanzó la certeza práctica de que nuevos contactos no aportarían elementos desconocidos para el tema de investigación (Marradi, Archenti y Piovani, 2007). Las entrevistas fueron realizadas por los integrantes del equipo de investigación.

Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de los usuarios, se realizaron en su mayoría en los domicilios particulares y los contactos fueron reclutados a través de la técnica de bola de nieve. Uno de los objetivos secundarios de esta etapa fue validar algunos indicadores para la confección de un cuestionario más estructurado.

- **Etapa cuantitativa:** se implementó una muestra a usuarios de los servicios de salud de ambas entidades en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el primer cordón del Conurbano Bonaerense.

Unidad de análisis: beneficiarios titulares de la OSUOMRA y de la OSPGRA de ambos sexos con más de tres años de antigüedad de afiliación que asistieron a los centros de salud de las entidades.

Muestra: no probabilística, por cuotas de sexo, edad y antigüedad en la afiliación. En el caso de la OSUOMRA se adicionó como cuota la zona de atención. Se relevó información en 4 centros de atención propios seleccionados en base a un registro brindado

por la Dirección de Asistencia Social (Policlínico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Avellaneda, Ramos Mejía y San Martín).

Unidad de análisis: beneficiarios que acudían a los centros de atención. Se entrevistaron a 400 usuarios en las intermediaciones de los Centros Médicos. El trabajo de campo fue realizado entre fines de diciembre de 1999 y principios del año 2000 a cargo de un equipo con amplia experiencia en encuestas cuantitativas.

El trabajo de campo de la OSPGRA, a cargo de los integrantes del equipo de investigación, se realizó en mayo de 2004 en el Policlínico de Capital Federal Ciudad de Vida (único servicio propio en la zona), con el aval de la Dirección de la Obra Social. Se efectuaron 96 encuestas a beneficiarios que acudían a dicho servicio de salud,.

Se utilizó para ambas entidades el mismo instrumento de recolección: un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas que fue entregado para su aprobación a las autoridades de ambas Obras Sociales (ver anexos estadísticos) Las principales dimensiones indagaron sobre:

- datos sociodemográficos
- perfil e intensidad de las prestaciones utilizadas
- evaluación de la última consulta
- evaluación de la calidad prestacional
- percepción de los aspectos organizativos, de infraestructura y tecnológicos
- resolución de los problemas de salud
- evaluación del personal médico y no médico
- ventajas y desventajas de la obra social
- percepción de los cambios implementados en los servicios de salud; conocimiento y opinión sobre el decreto de libre afiliación
- comportamiento futuro frente a la posibilidad de cambio de obra social

El trabajo con los datos sobre el análisis del corpus (notas, documentos, informaciones y comunicaciones) se realizó en forma descriptiva identificando ejes conceptuales predominantes en el discurso de cada actor y, contextualizando su mirada posicional en función de los acontecimientos políticos más significativos.

Las entrevistas en profundidad fueron grabadas y desgrabadas en su totalidad y se volcaron en un procesador de datos cualitativos (Atlas Ti). Se utilizó el método comparativo

constante para el análisis de las entrevistas y se identificaron temas principales y secundarios, a través de la construcción de códigos selectivos refinando la comprensión a través de la interpretación de las categorías halladas (Glaser y Strauss, 1967).

Para la etapa cuantitativa se procedió a editar cada uno de los cuestionarios, cerrar las preguntas abiertas e ingresar las respuestas en una base de datos. Con el programa SPSS se procedió a confeccionar tablas bivariadas, previa confección de un plan de tabulación que tuvo en cuenta las principales características socio-demográficas de los entrevistados. Se realizó un análisis divariado mediante las diferencias porcentuales y en algunos casos se aplicaron coeficientes de correlación.

Los resultados de las etapas cualitativa y cuantitativa de los estudios de caso fueron presentadas a sus responsables. En la OSUOMRA se realizaron dos reuniones en las que asistieron autoridades de la Dirección de Asistencia Social, un Director Médico y dos dirigentes sindicales, a fin de analizar las principales conclusiones y pensar futuras estrategias para proseguir con la implementación de herramientas tendientes a evaluar la satisfacción con la atención por parte de los beneficiarios. En la OSPG se presentaron Informes Ejecutivos no presenciales que fueron discutidos internamente.

## **Capítulo II - Aspectos conceptuales**

Teniendo en cuenta los objetivos a nivel macro y micro que se abordarán en esta tesis, el marco conceptual es, ineludiblemente, multidimensional y complejo. Este capítulo comprende la conceptualización de las políticas sociales y el rol de las reformas acaecidas durante la década de 1990, los diferentes enfoques para el análisis de los actores involucrados en la Reforma de la seguridad social médica, el significado de la equidad en el acceso a la atención de la salud y el abordaje de la evaluación de los servicios de salud y la satisfacción con la atención de los usuarios.

Una primera consideración parte de definir que la salud es una necesidad concerniente a la preservación de la vida y al desarrollo de las capacidades humanas básicas y un componente del sistema de bienestar social (Doyle y Gough, 1991).

### **2.1. Sobre las políticas sociales**

Se relacionarán las condiciones y la dinámica en que se formulan las políticas sociales, cómo inciden las reformas en los sistemas de protección social y cómo se redefine el Estado.

Una política estatal es un conjunto de acciones y de omisiones destinada a obtener determinados fines. Se impone como expresión de intereses generales y puede ser entendida como condensación de los procesos de hegemonización político-cultural que caracterizan un ciclo histórico en una sociedad determinada (Grassi, 2003; Oszlak y O'Donnell, 1995).

La expansión de diversos mecanismos institucionales de protección social, denominada como Estado de Bienestar en Europa, se relacionó principalmente con el reconocimiento de la pobreza como un problema social, con el proceso de industrialización, con un mayor protagonismo de la clase trabajadora, con las luchas sociales por reivindicaciones laborales y con el reconocimiento de los sindicatos como actores políticos. Las políticas sociales comenzaron a ampliarse hacia otros ámbitos y a definirse como derechos de ciudadanía, dejando de lado prácticas asistencialistas.

Un referente importante para comprender el concepto de Estado de Bienestar es Esping-Andersen (1990) quien analizó comparativamente varios Estados de Bienestar en Europa desde un enfoque neo-institucional. Según su definición, un Estado de Bienestar es algo distinto de cualquier menú de prestaciones sociales que puede ofrecer un Estado y abarca mucho más que una política social: se trata de una construcción histórica única, es una redefinición explícita de lo relativo al Estado (Esping-Andersen, 2000). Su perspectiva

considera que las políticas públicas sociales se relacionan con el régimen de bienestar, noción bastante amplia que refiere a la configuración de diversas instituciones que proveen protección social y moldean las oportunidades y las condiciones de vida de la población. Así, el bienestar de una sociedad depende de la combinación de las políticas públicas sociales, del mercado de trabajo y de la familia y de la forma en que estos factores se reparten el riesgo social, que se analiza desde las perspectivas de clase, de trayectoria vital e intergeneracional. Asimismo, el autor establece una fuerte interrelación entre los sistemas de protección social, el empleo y el sistema político y alerta sobre la omisión de las consideraciones culturales y axiológicas en el que cae generalmente el análisis de los regímenes de bienestar, aspecto de suma importancia a la hora de planificar, implementar y evaluar las políticas sociales.

Esping-Andersen señala también que los eventuales resultados positivos de la aplicación de reformas neo-liberales en Europa no deben exagerarse, para lo cual muestra que el peso de los mecanismos políticos e institucionales de representación de diversos intereses y de formación de consensos han afectado el manejo de políticas asistenciales, de empleo y de crecimiento (Esping-Andersen 1996, citado por Belmartino, 2009).

Fleury y Molina (2002) postulan que el Estado de Bienestar alteró no sólo las relaciones entre los ciudadanos, el mercado y el Estado, tal como lo plantea Esping-Andersen, sino que, además, modificó la naturaleza del capitalismo, imponiendo una regulación estatal de las condiciones de reproducción de los trabajadores. Únicamente a través de la articulación entre un proceso económico de industrialización, un proceso social (emergencia de nuevos actores y transformación de las relaciones sociales) y un proceso político (las luchas sociales que generaron acciones políticas e institucionales) es posible comprender la trayectoria de las políticas sociales.

¿Cómo definen Fleury y Molina (2002) a la seguridad social? A diferencia de otras políticas sociales como las de educación o vivienda, la seguridad social se distingue por agrupar a un conjunto de beneficios relacionados con una norma legal que asegura el ejercicio como derecho contractual, con mecanismos financieros e institucionales de carácter corporativo y con el goce de beneficios ligados a contribuciones previas y al riesgo involucrado. Por ello, la seguridad social se conformó como un sistema de privilegios estratificados que, junto a la heterogeneidad estructural del mercado de trabajo, no permitió la universalización de la ciudadanía, creando un sistema de exclusión de importantes sectores poblacionales. Esta dinámica se construyó en base a un proceso de negociación entre grupos sociales y sectores de la burocracia que generó, por un lado, privilegios diferenciales e incorporación discriminada de segmentos poblacionales dificultando la formación de

identidades colectivas y, por otro, cooptación y legitimación del uso patrimonial del poder. La negación de la extensión de los derechos de protección social al conjunto de la población dio origen a la formación de sistemas duales, como el sistema de seguridad social para unos y de medidas asistenciales para los demás. La dualidad institucional en ámbitos de la salud dio lugar a la fragmentación y la falta de coordinación institucional que impidió la viabilidad de un papel rector del Estado.

Varios autores latinoamericanos han construido tipologías para el análisis de los diferentes modelos de protección social y/o Estados de Bienestar para la región (Filgueira, 1998; Mesa Lago, 1991; Fleury, 1997) tomando en consideración dimensiones demográficas, valorativas e históricas. Mesa Lago (1991) considera que Argentina, Chile, Uruguay y Brasil fueron países pioneros en la región, mientras que Fleury (1997) elabora una tipología de modelos de protección social (asistencia social, seguro social y seguridad social) en los que incluye elementos ideológicos y valorativos que están en la base de los sistemas y relaciona esos modelos con las condiciones de ciudadanía generadas (ciudadanía invertida, ciudadanía regulada y ciudadanía universal). Filgueira (1998), por su parte, vincula la cobertura poblacional, el gasto público y la distribución sectorial.

En Argentina, Grassi (2003); Grassi, Hintze y Neufeld (1994); Danani (1996 y 1998); Danani y Lindemboim (2003) e Hintze (2007) postulan que la expansión de los derechos sociales en el país no estuvo ligada a los derechos de ciudadanía sino a la constitución de la categoría de trabajador formal. En la misma línea propuesta por Fleury y Molina (2002) para América Latina, las autoras plantean que la seguridad social de Argentina puede recortarse por el tipo de financiamiento del sistema: aportes, contribuciones e impuestos; por ello, su alcance no es universal sino restringido a los trabajadores que se mantienen en el sistema formal. Otro aporte interesante con respecto a las políticas sociales es el de no enmascarar su alcance político evitando concebirlas como meros instrumentos técnicos. Así, las políticas sociales se enmarcan, según Grassi (2003), en un espacio crítico, en el que la cuestión social se torna cuestión de Estado y, además, es el resultado de la politización del ámbito de la reproducción. Estas políticas reflejan cómo una determinada sociedad se acerca o se aleja del reconocimiento de las necesidades de su población y cuál es su real capacidad de protección de todos los ciudadanos. Las políticas sociales constituyen el ámbito por excelencia en el que se resuelve la cohesión social y el poder de integración de todos sus miembros; más específicamente, aluden a un conjunto de servicios sociales y normas institucionalizadas que encuentran en el Estado, tanto su prestador directo (jubilaciones y pensiones), como una

instancia de gestión y/o control (obras sociales, asignaciones familiares, seguros de desempleo) (Danani, 1998).

Con las características tan fragmentadas que han adquirido las políticas sociales, cabe preguntarse si en Argentina se desarrolló un Estado de Bienestar. Para algunos autores (Lo Vuolo, Barbeito y Rodríguez Enriquez, 2002) el modelo institucional del Estado de Bienestar en Argentina hasta fines de los años 80 se caracterizó por su hibridez porque asumía ciertos rasgos de un seguro social bismarckiano junto a políticas universales financiadas por rentas generales (educación y salud), de tendencia socialdemócrata y de políticas residuales de vivienda y asistencia social.

En cambio, para Belmartino (2009) las transformaciones de la relación estado/sociedad, no llegan a conformar un auténtico Estado de Bienestar tal como se configuró en los países centrales. Para explicarlo apela al concepto de “Estado de Compromiso” como el más apropiado para describir un pseudo Estado de Bienestar en Argentina. Con relación a los servicios de salud sugiere que la doctrina sanitaria argentina estuvo signada por metas de universalidad, integralidad y gratuidad entre otras, pero esas expectativas se vieron bastante limitadas porque en la seguridad social médica impera un reconocimiento parcial y fragmentario del derecho a la cobertura de salud, que resulta de otorgar beneficios cuasi discrecionales a los sectores organizados de la clase trabajadora.

Belmartino (2009) considera, además, que las formas organizativas se verán afectadas por tensiones constantes entre universalismo y particularismo, intervención estatal y regulación corporativa, unificación y fragmentación jurisdiccional y de cobertura poblacional y advierte que ese diseño institucional, creado a principios del siglo XX, constituye un legado que afectó las reglas de juego de las organizaciones de salud caracterizado por la fragmentación y heterogeneidad, aún vigente en el siglo XXI.

A diferencia del contexto europeo, en el que los Estados de Bienestar no sufrieron modificaciones significativas, las políticas neoliberales se aplicaron con rigor en América Latina, aun cuando la protección social era incipiente en la región.

Si bien es cierto que no se puede desprender del proceso de reformas de las políticas sociales el análisis de los actores involucrados, este aspecto será desarrollado por separado para lograr un ordenamiento más claro de los aspectos conceptuales.

La dimensión de las reformas ocurridas en 1990 comprende, por una parte, el análisis de la aplicación de mecanismos técnicos para la modernización del Estado, la reducción del gasto fiscal agravado por la deuda externa, el aumento de la eficiencia (mayor impacto con menor costo), la eficacia (prioridad de las inversiones de alto impacto), la equidad (a cada

cual según su aporte o según su necesidad) y la mejora en las condiciones de acceso y cobertura en los servicios. Por la otra, es importante considerar las trayectorias de las interacciones conflictivas en ese escenario particular, que estuvo atravesado por rasgos culturales y complejas tramas institucionales. Paralelamente, las reformas se propusieron imponer una visión de la política social centrada en atender situaciones de pobreza extrema, abandonando otros objetivos como la distribución progresiva de los ingresos y la movilidad social (Grassi, 2003; Maceira, 2007; Lo Vuolo, Barbeito et al., 2002; Uribe Gómez, 2007).

En las reformas pueden distinguirse dos etapas, especialmente en el sector salud: la primera ola (desde 1970 hasta principios de 1980), marcada por una orientación más universalista, con un Estado presente para lograr un acceso igualitario a los servicios. Esas reformas se implementaron generalmente a través de mecanismos legislativos que intentaron crear un sistema de servicios único a cargo del Estado. El segundo movimiento de reformas, iniciado a fines de la década del 80, se caracterizó por abandonar las reivindicaciones de universalidad y anteponiendo la preocupación por la eficiencia y la calidad de la atención. Los instrumentos más utilizados en esta segunda etapa fueron la descentralización en el financiamiento y en la gestión, el uso de nuevos mecanismos de pago a los proveedores, la autonomía en la gestión y operación de los servicios públicos y el cambio en los incentivos de financiamiento de la oferta hacia la demanda (Medici, 1998 y 2007; Belmartino, 2009).

¿Cuáles fueron los principales procesos de los que se valieron las reformas de las políticas sociales encaradas durante la década de los noventa? Hintze (2007) y Medici (2007) destacan la focalización, la privatización (o tercerización a través de la prestación de servicios por empresas, derivación de responsabilidades en organizaciones de la sociedad civil) y la descentralización, aumentando la capacidad de los gobiernos locales en financiar y gestionar servicios de salud.

Maingón (1997) define a los procesos de privatización como acciones que intentan reducir la intervención del Estado en la economía y que comprende transferencias de bienes públicos al sector privado así como la desregulación de actividades públicas o privadas. Privatización y desregulación son conceptos diferentes: la desregulación remite a un conjunto de acciones tendientes a dinamizar la economía, intentando eliminar las restricciones que afectan a decisiones empresariales por parte de la esfera pública. En América Latina han coexistido modalidades formales e informales de privatización dependiendo de la naturaleza del Estado y de su relación con los sectores privados de la sociedad. Las primeras están relacionadas con el desfinanciamiento, el abandono de la infraestructura, el deterioro de las condiciones de trabajo, de la remuneración y de la calidad de la prestación del servicio de salud, lo que produce,

en el corto plazo, un proceso denominado muerte lenta. En cambio, las modalidades formales comprenden la reducción de la participación del Estado en las empresas de capital social, la venta de activos, y/o la compra de servicios, generalmente a través de contratos. La modalidad más usual y practicada en países de Latinoamérica, o por lo menos aquella que ha inspirado a la mayor parte de las políticas del sector público en materia de prestación de servicios sociales, es la "muerte lenta".

Pero también los procesos de reforma apuntaban a la reducción de la protección y los costos laborales para permitir la expansión del capital privado en la prestación de servicios sociales (jubilaciones y pensiones, riesgos del trabajo, obras sociales) dando cabida a la progresiva flexibilización de las relaciones laborales; a la creación de programas focalizados para dar respuesta a los problemas sociales, destinados a un sujeto fragmentado, y al financiamiento externo de las políticas sociales que fueron gestionadas en forma de proyectos o programas especiales, por fuera de las estructuras de línea de los Ministerios nacionales y provinciales, impulsando un mercado heterogéneo con la presencia de organizaciones sociales que debían competir por los recursos (Hintze, 2003; Halperin Weisburd et al., 2008).

Estos mecanismos pudieron desarrollarse a través de una estrategia discursiva que privilegió la despolitización de las relaciones económicas y una supuesta objetividad del mercado al encarar el proceso de desregulación, liberalización y desprotección del trabajo. Las exigencias de la acumulación se tornaron prioritarias y la política estatal se redujo a la puesta en práctica de medidas que se presentaban como objetivamente necesarias. Al ajustar la economía a un mercado más competitivo y globalizado se ha modificado el rol del Estado como conductor del proceso de industrialización, así como de proveedor de políticas sociales, transformándose en promotor de un marco legal para la instrumentación de un conjunto de políticas impulsoras y favorecedoras de los agentes económicos privados. Así se pone en cuestión el modelo del empleo estable al que han estado vinculadas las políticas de protección social (Grassi, 2003; Beck, 1998).

La orientación neo-liberal de las reformas en la década de los 90 hegemonizó el desmontaje del trabajador como colectivo y la transformación de los derechos del sujeto en términos individuales que actúan en su propio interés. Esta línea se sostuvo en una visión de la vida social según la cual las personas comparten una racionalidad que dirige sus acciones hacia el propio interés; por ello estarían siempre dispuestas a procurarse mayores beneficios en la atención de la salud y de la educación con mayor eficiencia en el gasto que la que deriva del orden público (Grassi, 2003).

Hay que resaltar, además, otra dimensión que tuvo suma importancia en la implementación de las reformas: los itinerarios de la modernización llevaron a un proceso social de individualización en el que los seres humanos fueron desprendidos de las condiciones tradicionales de clase y familia y remitidos a sí mismos, en el marco de un nuevo capitalismo que se ubica más allá de las regulaciones colectivas del Estado Social. Este proceso se refiere a un nuevo modo de sociabilización y a un cambio en la relación entre individuo y sociedad que no se basa en la libre decisión sino que puede explicarse a partir de una mayor individualización del trabajo, producido a partir de la reorganización de la economía (redes globales de capital, gestión e información y acceso al conocimiento tecnológico para lograr mayor productividad y competencia). El trabajo pierde su identidad colectiva y se construye como una identidad individual, dejando de ser un refugio social (Beck, 1998; Castells, 1997).

## **2.2. Sobre los actores**

Para ampliar el panorama de las políticas públicas es necesario analizar el proceso social tejido alrededor del surgimiento, tratamiento y resolución de cuestiones ante las que no sólo el Estado sino también otros actores (clases, fracciones de clases, organizaciones, grupos e individuos) adoptan relaciones bidireccionales de poder, influencia y negociación. Este análisis es fundamental para identificar actores con intereses en el sistema de seguridad social médica (Oszlak y O'Donnell, 1995).

En un proceso de reforma impulsado por el Estado, además de identificar a actores corporativos<sup>3</sup> que confrontan por satisfacer sus beneficios particulares, no puede omitirse una mirada de lo que ocurre en el interior del aparato estatal (Belmartino, 2009). Con el objetivo de estudiar las crisis de los Estados de Bienestar en Europa, desde una perspectiva centrada en los actores, surgieron nuevas vertientes teóricas, tales como la teoría de la elección racional, el neo-institucionalismo y el enfoque relacional.

La teoría de la elección racional presupone que los individuos se comportan y toman sus decisiones razonadamente de acuerdo a sus propios intereses, compitiendo o aliándose con otros para intercambiar recursos y oportunidades al menor costo a fin de maximizar sus

---

<sup>3</sup> Según Schmitter (1974) el corporativismo es una praxis sin vinculación ideológica, por medio de la cual se articulan los intereses organizados de la sociedad civil con las estructuras decisorias del Estado. Y el neocorporativismo, surgido en Europa en los años 60, sirvió para absorber los conflictos a través de la institucionalización de los grupos de interés entendidos como interlocutores formales del Estado para integrarlos en instancias formuladoras de políticas públicas como una forma de disciplinamiento.

beneficios personales. Para los difusores de esta perspectiva, las confrontaciones que pueden provocar los actores requieren atención porque pueden posponer la implementación de los mecanismos financieros y regulatorios y desviar la consistencia técnica del modelo originalmente planteado. Este enfoque desconoce que los actores no son necesariamente agentes con raciocinio que anticipan sus acciones y decisiones y que tienen diferentes capacidades para competir. Asimismo, no explora sobre las valoraciones subjetivas relacionadas con ideologías, actitudes y creencias (Giordano y Colina, 2000; Uribe Gómez, 2007).

El neo-institucionalismo se centra en analizar el marco del Estado y su papel en la dinámica del cambio. Sus análisis incluyen el componente político indagando en el poder que tienen las instituciones y el comportamiento de los actores (Skocpol, 1992; North, 1990). Este enfoque define a las instituciones como mediadoras de la sociedad y orienta su mirada hacia el papel de las élites políticas y sus estrategias para hacer efectivos los cambios. Los intercambios entre actores involucrados en diferentes políticas públicas dependen de la calidad de los respectivos contextos institucionales. En consecuencia, serían las instituciones en tanto reglas, normas, prácticas informales y tradiciones que resultan de la acción humana, las que estructuran y dan cuerpo a las relaciones entre Estado y sociedad (Belmartino, 2009; Uribe Gómez, 2007).

Otro concepto interesante que se desprende del neo-institucionalismo es el de “trama institucional”, que es bastante diferente a la imagen de mercado político en el que los actores confrontan y negocian redefiniendo sus estrategias en función de sus intereses. Por el contrario, al interior de una trama se insertarían actores con capacidad para establecer las reglas de juego para la confrontación y permitir la elaboración de acuerdos relativamente estables. Las capacidades institucionales del Estado son vitales para la construcción y reproducción de esa trama. La incoherencia, la incapacidad para imponer sanciones o la falta de legitimidad por parte de actores con capacidad de veto, implicarían déficits de las instituciones estatales. El análisis institucional permitiría no sólo entender la interacción de actores estratégicos con intereses e ideas contrapuestas, sino calibrar y ponderar las formas en que se retroalimentan la gobernabilidad y la gestión pública (Belmartino, 2009).

Si bien dicho enfoque avanza en un análisis más exhaustivo de la capacidad del Estado para impulsar cambios, la perspectiva relacional elaborada por McAdam, Tarrow y Tilly (2005), propone la reconstrucción de los procesos y mecanismos de las reformas a través de la naturaleza e interacción de los actores que se desarrollan en escenarios históricos acotados y afectados por tradiciones culturales, marcos institucionales u otros agentes externos. El

análisis relacional parte del supuesto de que los actores pueden alterar los resultados de las reformas sociales. Así, trata de identificar las condiciones iniciales en que se dan las reformas y de reconstruir la dinámica sociopolítica que llevó a determinados resultados.

Esta perspectiva toma en cuenta actores diversos (tanto aquellos que han estado presentes tradicionalmente en otros procesos de cambio, como nuevas formas de organización y movilización). El lugar de los actores no es estático, y se modifica según las coyunturas.

Para el análisis relacional, las interacciones y confrontaciones entre actores estatales y societales serían las unidades de observación de las reformas. Este enfoque sugiere una interpretación a partir de la comprensión de las relaciones entre actores que están afectadas por determinantes culturales y tradiciones históricas. Sus acciones pueden tener o no un carácter racional, y están vinculadas a coyunturas y contingencias del contexto. Tanto las respuestas que el Estado pone en marcha frente a la movilización de los actores sociales, como las formas en que estos procesos se desenvuelven no estarían, conforme a esa perspectiva, predeterminadas por la distribución inicial de recursos de poder. Por el contrario, la fuerza o debilidad de las fuerzas pro-reforma es modelada a través de su interacción estratégica unas con otras y con sus oponentes. Quizás este enfoque no busque llegar a explicaciones generales, pero pretende identificar mecanismos y procesos que pueden ser recurrentes y que llevan a resultados particulares.

También incluye el reconocimiento de los legados históricos en las relaciones y de la contingencia dado que no es posible prever los resultados de las transformaciones. Por lo tanto se concentra en la reconstrucción de los procesos de negociación, movilización y conflicto, así como en los mecanismos de presión, comunicación, confrontación, participación y resistencia de los diferentes tipos de actores involucrados en las reformas (Belmartino, 2009; Uribe, 2007).

Para analizar el proceso de desregulación de las Obras Sociales a nivel macro y micro se utilizarán algunos conceptos de la perspectiva neo-institucional y se tendrá en cuenta el enfoque relacional, ya que este enfoque aportará ejes interesantes

### **2.3. Sobre la inequidad y las desigualdades en salud**

¿Cuál es la aproximación conceptual más adecuada para abordar el estudio de las desigualdades en salud? ¿Son sinónimos los términos inequidad y desigualdad?

El concepto de inequidad se considera usualmente como sinónimo de desigualdad, pero se hace preciso distinguirlos (OPS/OMS, 1999). Mientras la desigualdad implica la

diferencia entre individuos o grupos de población, la inequidad representa la calificación de esa diferencia como injusta. Ciertamente es que no todas las desigualdades son injustas, aún cuando toda inequidad supone una desigualdad injusta. Asimismo establece diferencias entre la equidad horizontal (asignación de recursos iguales o equivalentes para igual necesidad) y la equidad vertical (asignación diferencial de recursos según distintos niveles de necesidad). La equidad vertical tiene mayor potencial para la redistribución de recursos en segmentos de menores niveles socio-económicos, aunque enfrenta obstáculos de naturaleza política.

Otras definiciones resaltan la posibilidad de remediar diferencias sistemáticas en aspectos de la salud enfatizando que todos deben tener la oportunidad justa de alcanzar su potencial de salud, sin que nadie quede en desventaja para alcanzarlo, si ello se puede evitar (Whitehead, 1992; Espejo y Fuentes, 1997; International Society of Equity in Health, 2004)

Teniendo en cuenta estas definiciones, la igualdad sería un concepto empírico que facilita el análisis descriptivo, al tiempo que la equidad constituye un imperativo ético asociado con principios de justicia social, lo que lo convierte en un concepto normativo (Barbosa da Silva y Berti Azevedo, 2002). En ese sentido, debe privilegiarse el estudio de las desigualdades sociales por sobre las naturales. Éstas últimas son consecuencia de las diferencias entre individuos (sexo, edad y raza o grupo étnico); en cambio, las desigualdades sociales se originan en las posiciones que ocupan los individuos en la estructura social y en la organización social del proceso de producción, lo cual determina un acceso diferente a los bienes de disponibilidad escasa. Así, la desigualdad es la manifestación mensurable de la injusticia social, a menudo expresada por las diferencias en el riesgo de enfermar y morir. Estos riesgos se originan, a su vez, en las condiciones heterogéneas de la existencia para la obtención de bienes y servicios.

En relación al acceso a la salud, existe desigualdad en la utilización de los servicios de cuando los individuos que presentan diferentes características reciben diferentes cantidades de atención, en tanto que hay inequidad cuando los individuos reciben diferentes cantidades del servicio que la que necesitan. Esto lleva a sostener que la ausencia total de desigualdad o, lo que es lo mismo, la igualdad absoluta, constituye un objetivo imposible en tanto los individuos son diferentes. En este punto es donde las políticas de salud pueden jugar un papel importante, atenuando las desigualdades originadas en diferencias de sexo, edad, nivel educativo, ingresos y lugar de residencia. Por ello, la situación de salud no se mide por la riqueza de un país sino por el modo en que ésta se distribuye. La distribución inequitativa de la renta no perjudica sólo a los más pobres sino a la sociedad en su conjunto (De Santis y Herrero, 2006; Buss y Pellegrini Filho, 2006).

Whitehead (1992) identifica algunos determinantes de las disparidades en salud como posibles de evitar. Entre ellos alude a la exposición a condiciones de vida y de trabajo insalubres y/o estresantes, al acceso inadecuado a la salud esencial y a otros servicios básicos. Incluye, además, a la selección natural o movilidad social relacionada con la salud (descenso en la escala socioeconómica de la gente enferma) y el comportamiento perjudicial para la salud en el que la libertad de elección o el grado de preferencia estén severamente restringidos. En ese sentido, la elección es un criterio muy importante en la interpretación de la justicia en salud, a fin de conservar el respeto a la autonomía individual. Las conductas de salud constituyen un indicador de los posibles problemas de la elección. Ahora bien, la elección es diferente si un individuo opta por una determinada actividad, por comprar un producto o por priorizar sus necesidades básicas. La información adecuada y oportuna y la libre voluntad generarían comportamientos para aumentar la posibilidad de elegir adecuados servicios de salud. La falta de acceso a la educación y a la información puede fundamentar un reclamo de inequidad en salud relacionado con la elección y se constituye en un derecho legal de uso de los recursos sanitarios (OPS/OMS, 1999).

Estos aspectos podrían ser concebidos en el marco de la construcción de una ciudadanía activa y emancipatoria, superadora de la ciudadanía civil y política clásica, que es por definición una propuesta socialmente inclusiva, permitiendo ampliar el campo de los derechos y responsabilidades (Bustelo, 1997).

Tanto el tema de la selección natural como el de la libertad de elección son esenciales para poder analizar el proceso de libre elección de Obras Sociales, la predisposición de los usuarios a cambiar de entidad y el nivel de información que poseen a la hora de optar por otra Obra Social.

La equidad tiene un carácter multidimensional. Su análisis no debe reducirse sólo a la salud, porque en las posibilidades para alcanzar una adecuada salud intervienen factores que van más allá de la prestación y distribución de los servicios. Aunque el acceso a los servicios sea uno de los problemas a resolver para lograr equidad en salud, no es el determinante más importante de la situación de salud. Intervienen otros factores como las predisposiciones genéticas, ingresos individuales, hábitos alimentarios, estilos de vida, entorno epidemiológico y condiciones de trabajo (Sen, 2002; OPS/OMS, 1999).

Las desigualdades observables en las condiciones de vida de las personas dan lugar a diferencias injustas que se van profundizando con el tiempo. El impacto de las repetidas crisis económicas convierte a la desocupación y los bajos ingresos en fenómenos de larga duración, que se extienden desde los aspectos materiales hasta los simbólicos. En lo que se refiere a la

salud, las dimensiones socioculturales y económicas (cobertura de salud, nivel de ingresos, distancias sociales y culturales con los profesionales de la salud, dificultades para el acceso a los centros de atención y redes familiares y sociales) juegan un papel fundamental en las desigualdades, porque condicionan una percepción diferencial de síntomas y enfermedades, lo cual favorece o dificulta el acceso a los servicios de salud (Corin, 1996).

Conocer cómo se generan y persisten las desigualdades es un paso imprescindible para elaborar políticas y estrategias de intervención, porque permite identificar los condicionantes y determinantes del estado de salud de una población.

#### **2. 4. Sobre la evaluación de los servicios y la satisfacción con la atención de la salud**

Un enfoque más tradicional de la investigación en servicios de salud se ha centrado en la organización prestadora de atención médica. Se define a la investigación en sistemas y servicios de salud como el estudio de las relaciones entre estructuras, procesos y resultados en la prestación de servicios. Este abordaje vincula, en el nivel micro, al equipo de salud con los usuarios, en aspectos tales como la oferta y demanda de prestaciones, la organización y utilización de recursos financieros, técnicos y humanos, y las conductas y prácticas de prestadores y pacientes. El enfoque se complica cuando se incorpora a los sistemas de salud, ya que esta dimensión agrega mayor complejidad, debiendo necesariamente integrar al Estado y a sus políticas. Estas perspectivas más tradicionales estudian la relación servicios/sistema/Estado como un problema de asignación y administración de recursos a nivel macro (Belmartino, Bloch, et al. 1995).

El enfoque relacional, superador de los de racionalidad técnica, enfatiza a nivel micro la necesidad de sustituir el enfoque médico/paciente o servicios/demanda por la relación población/servicios. Trascender el enfoque de individuo portador de necesidades de atención y vincular la organización de los servicios con las necesidades, las expectativas y las demandas de la población, supone incorporar la dimensión de los grupos sociales, una dimensión política y los sesgos producidos por las desigualdades de orden cultural. A nivel macro este enfoque incorpora a la dimensión técnico-burocrática, la esfera política de relación entre Estado y Sociedad, e incluye el estudio de la ciudadanía, de los derechos y de las organizaciones intermedias (Belmartino, Bloch, et al. 1995).

Teniendo en cuenta los objetivos de este trabajo, nuevamente esta perspectiva parece la más adecuada para estudiar la calidad de la atención médica en los servicios de salud.

La evaluación de calidad de los servicios de salud se inicia a partir de la crisis económica de 1930 que estimuló la creación de los primeros sistemas de seguros en salud en Europa, pero la cuestión de la calidad quedó estrechamente vinculada al tema de los costos.

Durante la década de 1960 los servicios de salud empezaron a financiar la implementación de programas de evaluación de calidad. En esa época aparecen los trabajos de Donabedian (1966), con importantes aportes que proponen la clasificación de los métodos de evaluación de calidad (estructura, proceso y resultados), y los de Williamson (1971), que introdujo una nueva metodología con la formulación del concepto de “beneficio posible no alcanzado”, que mide la diferencia entre los estándares deseables y la práctica concreta, dando lugar a la llamada “garantía de la calidad”. Más tarde surgen los estudios de Brook y Lohr (1985), que demostraron la baja correlación existente entre proceso y resultado de la asistencia, que dio origen a una importante polémica acerca de cuál de las dos dimensiones reflejaba mejor la calidad brindada.

Esta discusión marcó la entrada de un actor, el paciente, hasta ese momento ausente en la evaluación de la calidad. Nuevamente, los aportes más recientes de Donabedian clarificaron el concepto de satisfacción del paciente que, según su definición, constituye un elemento de la condición de salud en sí misma y es la esencia de la evaluación de la calidad de los servicios de salud. Así, Donabedian (2001) propone indicadores innovadores para medir la satisfacción (aspectos técnicos y científicos, aspectos interpersonales y el entorno o las amenidades) y plantea que las expectativas de los usuarios son las que deben fijar el estándar de la accesibilidad. Si bien su categorización implicó un esfuerzo por sistematizar y ordenar la aproximación a la evaluación de los servicios, deja de lado las creencias, valores y actitudes del paciente y el carácter subjetivo de la enfermedad.

Desde las Ciencias Sociales y a partir de la década de los ochenta aparecen perspectivas más interesantes que avanzan en resaltar la satisfacción del paciente teniendo en cuenta aspectos subjetivos (expectativas, percepciones, creencias confirmadas), justamente aquellos que estaban ausentes en la sistematización de Donabedian. Se promueven múltiples investigaciones en América Latina y en Estados Unidos que buscan medir la satisfacción/insatisfacción a través de técnicas cuantitativas y cualitativas, pero poco aportan sobre los criterios que operan sobre la conformidad o no con un servicio o con el sistema de salud. Son escasas las investigaciones que encaran comparaciones entre usuarios de diferentes subsistemas para hallar criterios diferenciadores u homogeneizadores (Romano Yalour et al., 2000)

En el contexto de la segunda ola de reformas de salud en la región latinoamericana, la percepción de los beneficiarios adquiere importancia, ya que se instalan mecanismos tendientes a conocer el interés de los usuarios y se ponderan herramientas de comunicación social a fin de reducir las asimetrías de información para garantizar la consecución de los objetivos. Desde una perspectiva más general, el desafío de la calidad de las políticas sociales en una estrategia de crecimiento con equidad, requiere una acción política que apoye y aliente las iniciativas de los ciudadanos. Pese a ello, ante la confrontación de las lógicas del Estado y del mercado no se observa una efectiva incorporación de la sociedad civil como espacio legítimo de determinación de intereses colectivos o como promoción de la autonomía de la sociedad civil en cuanto a la creación de un espacio de decisiones públicas diferente al ámbito estatal o del mercado. (Medici, 2000; Romano Yalour et al., 2000; Correa y Noé, 1998).

¿Cómo definir satisfacción en salud? Ésta atañe a las valoraciones, expectativas, modelos y/o estilos de vida deseados y/o deseables. La satisfacción es producto de una ponderación subjetiva de los actores. Desde la perspectiva de las ciencias sociales, al evaluar la calidad de la atención se diferencian tres aspectos: a) Calidad percibida: se refiere a la opinión formada de los usuarios respecto de un servicio, tanto anterior a la decisión de su utilización como posterior, basada en la imagen institucional, en la experiencia con el servicio y en la información boca a boca, a partir de otros usuarios, de fuentes especializadas o de los medios de comunicación; b) Expectativas: constituyen los estándares o los puntos de referencia con respecto a los cuales se evalúa el desempeño de un servicio. Son percepciones de la posibilidad o probabilidad de ocurrencia de algún hecho, juntamente con lo que se piensa que debería suceder. Las expectativas de cada usuario son únicas y personales y están sujetas a cambios durante el proceso de atención; c) Satisfacción: refleja cuánto gusta/disgusta un servicio al usuario después de su utilización. Es la resultante de un proceso que se inicia en el sujeto concreto y culmina en él mismo en un complejo proceso intrasubjetivo e intersubjetivo. Como es producto de esa ponderación subjetiva se hace compleja su medición.

La relación entre las expectativas y valores sustentados por el paciente y el nivel de satisfacción es un aspecto a tener en cuenta cuando se pretende evaluar la calidad de un servicio. Las creencias previas relacionadas con la conducta médica pueden jugar un papel significativo en la determinación de las evaluaciones subsiguientes, sin que exista una relación directa con lo que efectivamente se hizo o percibió durante el encuentro. En investigaciones realizadas en ámbitos hospitalarios, los pacientes dan por supuesto la competencia técnica de los profesionales y sólo se sienten habilitados para evaluar aspectos conductuales de la atención y comunicación (Linder-Pelz, 1982 y Williams, 1994). En ese

sentido, la práctica médica está socialmente legitimada y las mediciones sobre satisfacción sólo muestran la aceptación de la autoridad médica por parte de quienes demandan su atención (Iriart y Nervi, 1990).

Freidson (1961) diferencia expectativas ideales de las prácticas: las ideales son definidas como resultados anticipados que proceden de la propia experiencia de cada individuo o de las experiencias de otros. Y las expectativas prácticas derivan de la evaluación que hace cada paciente de su problema y sus objetivos en la búsqueda de atención. Ambas pueden no coincidir, dando lugar a situaciones en las cuales los pacientes están satisfechos porque sus expectativas prácticas se han cumplido, aunque la atención recibida no se ajuste a la imagen ideal previamente formada.

Algo similar a lo planteado por Freidson surge cuando se trata de definir la calidad de un servicio y la distinción entre la calidad esperada y la calidad percibida. Esta orientación surgió sobre todo para analizar la privatización de los servicios públicos. Como la satisfacción del usuario es un elemento predominante de la calidad percibida, la definición de calidad estaría dada por la minimización de la distancia entre las expectativas del usuario con respecto al servicio y su percepción a partir del uso. Para ello se partió de los conceptos de confirmación y desconfirmación, que considera que la satisfacción está ligada con las expectativas iniciales de una persona. Las expectativas individuales son confirmadas cuando el servicio se comporta de la manera esperada o bien cuando las expectativas iniciales son positivamente confirmadas porque el servicio funciona mejor de lo que se esperaba. La insatisfacción se produce cuando las expectativas son negativamente desconfirmadas (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985, citados por Petracci y Szulyk, 1998).

Otro referente importante es Boltanski (1975) quien no se refiere específicamente a la evaluación de la calidad de servicio, pero sí subraya la necesaria subjetividad de la relación médico paciente y plantea un acceso diferencial a los servicios de salud en los sectores populares que sólo lo hacen cuando perciben un malestar específico, no interrumpiendo su actividad laboral por la presencia de síntomas físicos y describe la existencia de barreras lingüísticas que separan al médico del paciente.

Independientemente del abordaje metodológico utilizado en la mayoría de los estudios sobre este tema se detecta un elevado nivel de satisfacción por parte de los usuarios de los servicios evaluados. También se muestra que la relación médico/paciente es la que brinda mayor satisfacción y que la insatisfacción en este aspecto es uno de los principales motivos de abandono de los tratamientos. En cambio, la infraestructura y los aspectos organizativos/administrativos son, en general, los ítems evaluados más desfavorablemente.

También se advierte que los sistemas de salud no son percibidos por los pacientes, sino a través de sus representantes, sus ejecutores directos y visibles: médicos y enfermeras. En la confianza y en el trato que mantenga y reciba del profesional y sobre el vínculo interpersonal descansa la idea de salud y satisfacción. Tener en cuenta diferentes niveles de alcance y manifestación de la satisfacción, tales como el nivel individual o micro, expresado en el grado de personalización de la atención recibida; el nivel institucional o meso, relacionado a la conformidad con el centro de salud y la identificación con el mismo y el nivel macro o societal, referido al la satisfacción con el sistema de salud son dimensiones que resultan de especial interés para evaluar las percepciones y los criterios de la satisfacción (Romano Yalour et al., 2000).

### **Capítulo III - El sistema de salud en Argentina: algunas dimensiones**

A fin de comprender el contexto de la reforma de las Obras Sociales, este capítulo describirá brevemente los siguientes aspectos para el período 1997-2004: a) principales indicadores sociodemográficos y sanitarios; b) estructura del sistema de salud en el país, c) utilización de los servicios, gasto en salud y cobertura según niveles de ingreso y, d) indicadores laborales y línea de pobreza,

Se han consultado numerosas fuentes secundarias provenientes de diversos organismos públicos, privados e internacionales. Algunos problemas para compatibilizar estas fuentes radicaron en la disparidad de cifras según fuente y año, carencia de datos provenientes de Encuestas de Población para el período en estudio y algunas inconsistencias que muestran la debilidad del sistema estadístico y las dificultades para disponer de información confiable.

#### **3.1. Principales indicadores socio-demográficos y sanitarios**

La población argentina se distribuye en veintitrés provincias y la Ciudad de Buenos Aires. Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2001, la población del país ascendía a 36.260.130 habitantes. Argentina es un país predominantemente urbano (el 89% de su población residía en áreas urbanas en 2001). Más de la mitad de la población se concentraba en siete centros urbanos de más de 500.000 habitantes. En la Capital Federal y en el Conurbano Bonaerense habitaba un tercio de la población. (INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001).

La dinámica poblacional viene registrando en los últimos años cambios que impactan en las políticas de salud. En un escenario caracterizado por fuertes desigualdades territoriales, las brechas los indicadores sanitarios es muy elevada ya que se asocian al desarrollo socioeconómico de cada región.

La estructura por edad de los habitantes ha experimentado un proceso que la ha transformado en una población envejecida, fenómeno que adquiere enorme relevancia en las zonas de mayor desarrollo relativo, como las áreas urbanas o las provincias situadas en las zonas centrales del país. Así, el 10% de la población del país tiene 65 años o más, con predominancia femenina, mientras que los menores de 15 años no alcanzan el 30% (INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001).

Cuadro N° 1. Argentina. Principales indicadores demográficos y de salud. 2000-2005

<b>Indicadores</b>	
Población Total (proyecciones año 2003)	37.869.723
Población Total Varones 2003	18.546.559
Población Total Mujeres 2003	19.323.164
Esperanza de vida al nacer: Total (proyecciones y estimaciones 2000-2005)	74,28
Esperanza de vida al nacer: mujeres (proyecciones y estimaciones 2000-2005)	78,10
Esperanza de vida al nacer: varones (proyecciones y estimaciones 2000-2005)	70,60
Tasa bruta de natalidad (2003) (por 1000 habitantes)	18,4
Tasa global de fecundidad (por mujer) (proyecciones y estimaciones 2005-2010)	2,3
Porcentaje de recién nacidos con un peso al nacer de 2500 grs. como mínimo (2003)	92,0
Porcentaje de recién nacidos con un peso al nacer <1500 grs. (2003)	1,2
Tasa bruta de mortalidad (2003) (por 1000 habitantes)	8,0
Médicos cada 10.000 habitantes (2004)	32,1
Parteras cada 10.000 habitantes (2004)	1,1
Farmacéuticos cada 10.000 habitantes (2004) Abramzon 2005	5,1
Enfermeros cada 10.000 habitantes (incluye enfermeros profesionales y licenciados en enfermería) (2004)	3,8
Odontólogos cada 10.000 habitantes (2004)	9,3

Fuente: Argentina 2005. Indicadores básicos. Ministerio de Salud y OPS 2005.

La acentuación del proceso de envejecimiento demográfico ha sido consecuencia del descenso de la natalidad y del aumento de la sobrevivencia en las personas más grandes. También la tasa anual de crecimiento demográfico muestra continuados descensos (del 1.3% en 1990-1995 al 0.9% en 2000-2005, OPS, 2007), producto de caídas sostenidas desde 1980 hasta 2005 en las tasas brutas de natalidad (18,4 por mil habitantes) y de mortalidad (8 por mil habitantes) que se acompañó de una disminución importante en la tasa global de fecundidad (TGF), que indica el promedio de hijos tenidos por las mujeres al final de su período reproductivo: de 3,15 hijos por mujer en 1980 a 2,3 en el período 2000-2010 (Ministerio de Salud y OPS, 2005).

También se registraron, en años recientes, cambios positivos en la esperanza de vida al nacer que, según proyecciones y estimaciones del período 2000/2005, era de 74,2 años para ambos sexos, mostrando diferencias importantes a favor de las mujeres: 78,1 años contra 71 años de los varones (Ministerio de Salud y OPS, 2005).

Las principales causas de mortalidad en 2003 fueron las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos, las enfermedades infecciosas y causas externas. (Ministerio de Salud y OPS, 2005) que, en conjunto, representan el 63% de todas las muertes. Las causas de enfermedades no transmisibles se asemejan a las de los países industrializados y al modelo de su transición epidemiológica.

Cuadro N° 2. Argentina. Evolución de indicadores de salud 1990, 1995, 2000 y 2003.

Indicadores	1990	1995	2000	2003
Tasa de mortalidad infantil	25,6	22,2	16,6	16,5
Tasa de mortalidad de menores de 5 años	29,6	25,4	19,3	19,1
Tasa de mortalidad materna	5,2	4,4	3,5	4,4

Fuente: Argentina 2005. Indicadores básicos. Ministerio de Salud y OPS 2005

La tasa de mortalidad infantil descendió de manera importante, pasando del 25,6 defunciones de menores de 1 año por cada mil nacidos vivos en 1990 al 16,6 por mil en 2000, cifra que se mantuvo hasta 2003.

Algo similar ocurría con la tasa de mortalidad de menores de 5 años, que alcanzó alrededor del 30 por mil en 1990 y bajó al 19 por mil en 2003. Pese a que los descensos de la mortalidad infantil han sido continuos, aún son dables de observar importantes diferencias entre jurisdicciones territoriales y estratos socioeconómicos.

Casi dos tercios de las muertes infantiles son neonatales y, por lo tanto, reducibles. En 2000, 6 de cada 10 muertes de niños recién nacidos podrían haberse evitado por un mejor control del embarazo, del parto y de tratamientos más precoces (Ministerio de Salud y OPS, 2003).

La tasa de defunciones maternas por cada 10.000 nacidos vivos, que ascendía a 5,2 defunciones de mujeres por causas ligadas el embarazo, parto y posparto en 1990, fue reduciéndose hasta llegar, en el año 2000, a 3,5 muertes. A pesar de ello, luego de la crisis de 2001 y posiblemente a causa del aumento de los niveles de pobreza, se registró un retroceso en la tasa de la mortalidad materna, que se situó nuevamente en los valores de 1995. Una

tercera parte de estas defunciones tiene como causa el aborto inducido. Las estimaciones de la mortalidad materna deben manejarse con cautela, ya que las cifras adolecen del problema del subregistro estadístico dado que muchas muertes originadas en complicaciones del embarazo se registran como causas ajenas a este proceso.

### **3.2. La estructura del sistema de salud en Argentina**

Como ya se ha mencionado en el capítulo I, el sistema de servicios de salud en Argentina se canaliza a través de tres subsistemas sumamente interrelacionados y a su vez diferenciados, teniendo en cuenta la jurisdicción de las instituciones proveedoras de servicios, las fuentes de financiamiento y los mecanismos de relación entre instituciones financiadoras y proveedoras. La información estadística respeta la división en subsistema público, de seguro social y de seguro privado y para esta descripción se utilizará fundamentalmente el criterio clasificador de la fuente de financiamiento.

La relación entre financiación y provisión configura un modelo integrado para el subsistema público y adopta formas contractuales en los dos subsistemas de seguro: obligatorio y voluntario (Belmartino, 2000).

Esta categorización se basa en un informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en el que se compara la reforma de la atención médica en 7 países europeos, considerando aquellos niveles aplicables al caso argentino (OECD, 1992).

*Modelo público integrado:* corresponde a los servicios financiados y provistos por instituciones dependientes de diferentes organismos del Estado. La financiación proviene de impuestos (nacionales, provinciales y municipales) y los pagos a los proveedores por presupuestos globales y salarios. El Estado es el principal asegurador y el más importante proveedor y los servicios, libres de cargo, son suministrados a los pacientes directamente.

*Modelo de seguro obligatorio con provisión de servicios por contrato:* los recursos son administrados por las instituciones de la Seguridad Social (Obras Sociales). La provisión de servicios se organiza por contrato a través de un seguro de salud con contribuciones obligatorias que supone pagos directos, bajo contrato de los aseguradores o terceros pagadores a los proveedores por los servicios prestados a las personas aseguradas. En este modelo los proveedores son frecuentemente independientes y los pagos contractuales que reciben tienen por lo general la forma de capitación u honorario por servicio.

*Modelo de seguro voluntario con provisión de servicios por contrato:* son en general empresas dedicadas a la organización de un seguro de salud voluntario, con pagos directos bajo

contrato de los aseguradores o terceros pagadores a los proveedores, por servicios suministrados a las personas aseguradas. En este modelo los proveedores son generalmente independientes y los pagos contractuales asumen la forma de honorario por servicio.

A continuación se detallan las principales características de cada modelo.

#### El subsistema público integrado

Sus servicios son financiados con recursos provenientes del presupuesto estatal (rentas generales) y administrados por los gobiernos nacional, provinciales y municipales. Asegura cobertura de salud brindando la provisión directa del servicio a través de una red de hospitales públicos -principalmente provinciales y municipales- ya que en la década de los 90 se produjo la culminación del proceso de transferencia de servicios de atención médica desde el nivel nacional iniciado a fines de los años 50. Como consecuencia de ello quedan sólo en manos del Estado Nacional algunos establecimientos muy especializados que brindan sus servicios a la totalidad de la población nacional (Belmartino, 2000). La progresiva descentralización del gasto social acelerada en la última década, ha obedecido a la presión ejercida por la Nación para modificar a su favor la relación financiera con los estados provinciales y municipales

El Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación se encarga de las funciones de promoción, prevención, regulación y asistencia técnica y financiera. Tiene a su cargo la conducción del sector en su conjunto a través del diseño de programas, dictado de normas, planificación y ejecución de acciones que permiten la coordinación entre los distintos subsistemas (González García y Tobar, 1999).

Los gobiernos provinciales son responsables de la salud de sus habitantes a través de sus Ministerios de Salud, que en la mayoría de los casos tienen una estructura centralizada y cuentan con un presupuesto específico. En algunas provincias, los municipios gestionan los Centros de Salud que tienen a su cargo los servicios de atención primaria y pueden tener bajo su jurisdicción hospitales. Estos servicios están financiados con recursos del presupuesto municipal, y los provenientes de subsidios o transferencias de los respectivos gobiernos provinciales o del gobierno nacional. El financiamiento de estas acciones depende de los recursos sumamente heterogéneos de cada jurisdicción, lo que contribuye a ahondar las diferencias en el acceso a la salud.

Las relaciones entre la Nación y las Provincias se articulan a través del Consejo Federal de Salud (COFESA), pero no siempre la coordinación resulta efectiva. Pueden observarse en algunos casos servicios superpuestos, situaciones de doble regulación y

fiscalización y sobreabundancia de normas para habilitaciones y acreditaciones (Belmartino, 2000).

El hospital público brinda asistencia a la población que no tiene cobertura o cuenta con cobertura insuficiente. Cumple funciones de formación de recursos humanos a nivel de grado y postgrado y garantiza gran parte del progreso científico, en particular en lo relacionado con disciplinas biomédicas (Belmartino, 2000).

Este modelo tiende a ser primordialmente hospitalocéntrico, ya que destina sus recursos casi exclusivamente al nivel secundario (patologías especiales e internación) y terciario (alta complejidad), así como a emergencias, y no toma en cuenta el desarrollo de programas de atención primaria que implicarían un sistema más eficiente y menos costoso (FADE, 1999).

En 1993, y a fin de mejorar el pago de prestaciones en los hospitales públicos en los que se producen mayores consumos de los servicios por la población con algún tipo de cobertura, se creó el Hospital de Autogestión (HTA) como un nuevo marco de funcionamiento estableciendo, entre otras disposiciones, la obligatoriedad del pago de sus servicios para aquellas personas con cobertura de Obras Sociales, mutuales, prepagos y seguros con capacidad de pago. Asimismo, se decidió implementar la descentralización de los establecimientos y la integración de redes de servicios. Para mejorar la administración interna se autorizó la utilización de los recursos percibidos por la venta de servicios a fin de crear una estructura de incentivos que permita el reconocimiento de la productividad y la eficiencia del personal. Sin embargo, para ello se requerían pautas de integración vertical y horizontal con distintos niveles de atención no dispuestas por las autoridades del Ministerio de Salud (Tafari, 1997). Si bien las estrategias de facturación a través del modelo del Hospital de Autogestión obtuvieron mejores resultados de cobranza, la situación estructural continuaba registrando importantes subsidios desde el subsistema público al resto de los subsistemas (Belmartino, 2000).

Las principales falencias del sector público radicaban en una inadecuada coordinación entre los niveles nacionales, provinciales y municipales, en una deficiente capacidad de conducción gerencial y de la administración del sistema financiero-contable, en una débil capacidad de regulación, discontinuidad en las políticas adoptadas y en condiciones deficientes de mantenimiento del recurso físico.

## El subsistema de seguro obligatorio por contrato

Las Obras Sociales son entidades de derecho público no estatal con carácter de seguro semipúblico. Constituyen los agentes centrales del seguro de salud y su rol principal es el financiamiento de los servicios de atención médica para los trabajadores en relación de dependencia y sus familiares directos (Tafani, 1997).

Las Obras Sociales que dependen de la jurisdicción nacional tienen un régimen jurídico establecido por las leyes 23.660 de Seguro Nacional de Salud y 23.661 de Obras Sociales. Estas leyes han sufrido varias modificaciones a lo largo del período estudiado a través de diversos decretos (ver capítulo IV).

Estas entidades se financian con aportes y contribuciones sobre el salario de empleados y empleadores y cubren alrededor del 50% de la población (incluyendo a los familiares y adherentes). Los rasgos fundamentales del sub-sistema son el carácter obligatorio de la adhesión y la organización por rama de actividad. Cabe aclarar que hasta la sanción del decreto de desregulación el afiliado no podía elegir su Obra Social.

Las contribuciones de empleados y empleadores se canalizan hacia la Obra Social del sindicato, empresa, o actividad respectiva. Pese a la existencia de casi 300 instituciones, los beneficiarios y recursos se concentran en pocas entidades, determinando fuertes inviabilidades financieras en la mayoría de ellas. Como consecuencia, existe una gran heterogeneidad en la cobertura brindada.

El ente regulador de las Obras Sociales (ANSSAL -hoy Superintendencia de Servicios de Salud-) controla un Fondo Solidario de Redistribución (FSR) que es financiado en forma compartida por las contribuciones de los empleadores y empleados a su Obra Social (10 por ciento de las contribuciones del impuesto a las remuneraciones para las Obras Sociales Sindicales y el 15 por ciento para las Obras Sociales de Personal de Dirección). Además, ingresaban al FSR el 50% de los recursos de otra naturaleza que cobraban en ese entonces determinadas Obras Sociales (Bancarios, Seguros y Ministerio de Economía), y el 5% de los ingresos que obtenía el PAMI (la Obra Social de los Jubilados). Estos recursos tenían como finalidad legal la distribución a través de un mecanismo automático de subsidios para las Obras Sociales que percibían los menores ingresos promedio por beneficiario titular. El FSR, además, actuaba como apoyo financiero a los agentes de salud a través de préstamos, subsidios y subvenciones para permitir el financiamiento de planes especiales de prestaciones de salud. En la práctica, la forma en que se ha distribuido históricamente el FSR ha estado lejos de solucionar el problema de desigualdad de ingresos por beneficiario entre Obras

Sociales (Montoya y Colina, 1999). Estos apoyos financieros se realizan actualmente a través de un Organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional, en jurisdicción del Ministerio de Salud, la Administración de Programas Especiales (APE), cuyo objetivo es coordinar y efectivizar las solicitudes de las Obras Sociales a fin de financiar la cobertura de prestaciones de alto impacto económico originadas en la atención de enfermedades de baja incidencia. Asimismo, desarrolla e implementa programas de detección y/o prevención de patologías de alto impacto económico y de atención prolongada.

Las Obras Sociales son de diversa naturaleza: sindicales, de jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión social (PAMI), provinciales y autónomas (municipales, Poder Judicial, Congreso de la Nación y Personal de las Fuerzas Armadas y de Seguridad).

Muy pocas poseen capacidad instalada propia, son entidades financiadoras que contratan servicios con el sector privado y sólo esporádicamente establecen contratos con los hospitales estatales, si bien este tipo de modalidad se ha constituido en la actualidad en una práctica más generalizada a través de la implementación del Hospital de Autogestión.

Las Obras Sociales ejercen una función de compra de servicios médicos contratando con grupos de proveedores; entre ellos se destacan las instituciones corporativas de los profesionales, como uno de los actores históricos, a cargo de la intermediación y agrupamiento de los distintos tipos de proveedores de servicios (profesionales médicos, hospitales privados y clínicas, farmacias, laboratorios bioquímicos, etc.).

La atención que se brinda en estas instituciones es fundamentalmente curativa, con servicios altamente especializados, incorporación de tecnología no siempre adecuada al perfil de la demanda y gran desarrollo de la capacidad instalada de internación. Las entidades financiadoras no han tenido en general injerencia sobre la conformación del sistema de servicios, limitándose a dar cobertura a las prestaciones, teniendo como único límite las disponibilidades financieras de cada entidad. La puja distributiva desde la oferta adoptó múltiples formas de sobreprestación en las prácticas financiadas por las Obras Sociales. En alguna medida se conformó así un paquete de prestaciones de carácter implícito y determinado por la propia oferta de los servicios (Tafari, 1997 y Belmartino, 2000).

Los principales problemas de las Obras Sociales se centran en una notoria inequidad en el sector, multiplicidad de instituciones y falta de ordenamiento, severa atomización y superposición de los servicios propios no dimensionados con criterios de eficiencia y prestaciones diferenciadoras de servicios según dinámica del gremio, número de afiliados y ubicación geográfica además de un manejo discrecional de los fondos asignados.

## El seguro voluntario (Empresas de Medicina Privada)

Los seguros privados no solidarios (alrededor de 200 Empresas de Medicina Pre-paga) son organizaciones con fines de lucro, cuya afiliación es voluntaria. Están orientados a captar a sus beneficiarios entre la población de mayores recursos. Ofrece planes con diversos niveles de prima según el riesgo cubierto y la capacidad de pago (Belmartino, 2000). Sus contratos establecen períodos de carencias, así como preexistencias para la cobertura integral.

Del volumen total de asociados, dos tercios son adherentes individuales (65%) y el resto está constituido por afiliaciones de tipo corporativas (Tobar, 2000).

Este subsistema está conformado por una red de consultorios agrupados en instituciones de diagnóstico, clínicas, sanatorios, hospitales privados o mutuales cuya propiedad es individual ó empresarial, y surgieron por iniciativa de empresas aseguradoras, profesionales o entidades gremiales médicas y grupos financieros internacionales. Su mayor desarrollo se concentra en las grandes ciudades como Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe (Pérez Irigoyen, 1989).

Pese a que jurídicamente son entes de derecho privado, su regulación ha sido mínima. En este sentido, la resolución N° 2181 de 1980 de la Ex-Secretaría de Comercio y Negociaciones Económicas Internacionales establece los lineamientos de las cartillas que deben acompañar a los convenios. Son en realidad las condiciones mínimas del contrato para determinar las características de los convenios (individual o colectivo) y el porcentaje de descuentos sobre medicamentos y los requisitos para obtenerlos, la forma de recibir las prestaciones y la modalidad de de pago y reintegros (Tafani, 1997). No existían en ese momento normas relativas a exclusiones o cobertura de patologías preexistentes que podrían atenuar la probabilidad de selección de riesgo ni exigencia de capital mínimo, reservas o reaseguros que supongan alguna protección de la población cubierta (Belmartino, 2000).

Todos estos temas han sido parte de la discusión asociada a la desregulación de las Obras Sociales y, si bien se han debatido en el Congreso sucesivas reglamentaciones, no se ha podido avanzar con una resolución positiva hasta el año 2011. Este sub-sistema debía brindar el Programa Médico Obligatorio que reglamentó para las Obras Sociales y se hizo extensivo a la medicina privada. Esta medida generó fuerte oposición entre los principales dirigentes de las entidades que agrupan a las empresas de medicina prepaga.

En los últimos años las condiciones económicas internas e internacionales incidieron en la aparición de capitales externos que ingresaron al campo de los servicios privados. Varias de las principales compañías de seguro privado fueron vendidas a empresas extranjeras,

provocando un fuerte proceso de concentración, numerosas fusiones y quiebra de empresas (Tafari, 1997 y Belmartino, 2000).

Lo que se observa es una elevada duplicación de cobertura, ya que una proporción importante de la población cuenta con cobertura de obra social adicional a la pre-paga. Al interior del sector existe una clara diferenciación y segmentación entre los actores (las Clínicas y Sanatorios que trabajan con las Obras Sociales, los pre-pagos comerciales con y sin infraestructura propia, los hospitales de mutualidades y las instituciones de origen médico gremial). La defensa de la libre elección por parte de los beneficiarios es una de las principales reivindicaciones del sector privado.

El subsector de Clínicas y Sanatorios se ha reunido en asociaciones, federaciones y finalmente en una confederación. De este modo surgió la Confederación de Clínicas y Sanatorios de la República Argentina (CONFECCLISA), institución corporativa de tercer grado. Las empresas de Medicina Pre-Paga estaban nucleadas en dos entidades: Asociación de Empresas de Medicina Pre-Paga (ADEMP) y Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA).

### 3.3. Utilización del sistema de salud

La cantidad de consultas del subsector público para el total del país aumentó en el período 1997-2004 en un 36%, su crecimiento más pronunciado (casi un 20%) ocurrió entre 1997 y 2000 (Cuadro 3). La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y la provincia de Buenos Aires concentraban el 49,3 % del total de las consultas de todo el país (no se muestra el cuadro).

Cuadro N° 3. Argentina. Número de consultas médicas y egresos en establecimientos del subsector oficial. 1997, 2000 y 2004

Año	1997	2000	2004
Consultas médicas	74.119.749	89.418.842	102.096.209
Egresos	2.122.689	2.244.713	2.415.923

Fuente: Dirección de Estadísticas de Salud (DEIS). Ministerio de Salud de la Nación. Indicadores de salud seleccionados República Argentina. Serie 12 n° 5 (2007).

Los egresos hospitalarios durante el período 1997/2004 tuvieron un crecimiento moderado y ascendieron en menor medida que las consultas (13,8 %). El aumento fue mayor en el período 2000-2004 (casi 10%) que en el periodo anterior. El peso relativo de la CABA y

de la Provincia de Buenos Aires sobre el total del país fue algo menor que para las consultas médicas, alcanzando al 40%.

Se estimaba que un 30% del total de las prestaciones de los establecimientos públicos son brindadas a personas que cuentan con cobertura de Obras Sociales, mutuales y pre-pagas.

#### Cantidad de establecimientos y camas disponibles

El Programa Nacional de Estadísticas de Salud relevó la cantidad de establecimientos y camas en todo el país. (Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina de 1995, Ministerio de Salud, actualizada en el año 2000)

Cuadro N° 4. Argentina. Cantidad de establecimientos con y sin internación según dependencia administrativa. 1995 y 2000. En porcentajes y números absolutos

Año	TOTAL		Oficial		OO.SS.		Privados		Mixtas	
	1995	2000	1995	2000	1995	2000	1995	2000	1995	2000
Sin internación*	100 (12775)	100 (14534)	44.9	44.4	1.3	2.1	53.7	53.2	0.1	0.3
Con internación	100 (3310)	100 (3311)	37.2	38.3	1,7	1.4	61	60.2	0.1	0.1
TOTAL	100 (16085)	100 (17845)	43.3 (6971)	43,3 (7727)	1.4 (222)	2.0 (356)	55.2 (8873)	54.5 (9722)	0.1 (19)	0.2 (40)

Fuente: Ministerio de Salud e INDEC - Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina de 1995 - República Argentina - Dirección de Estadísticas e Información de Salud - Serie 12 N° 5 - 2007.

\* Incluye los Establecimientos que también cuentan con Internación Breve/Hospital de Día.

Durante el período 1980-1995 se produjo un importante incremento (70%) de la cantidad de establecimientos sanitarios con los que contaba el país; en cambio, desde 1995 a 2000 el crecimiento fue menos pronunciado (13%) (Cuadro 4).

En el año 2000, el 43,3% del total de establecimientos pertenecían al subsector oficial, el 2% al subsector de Obras Sociales y el 54,5% al subsector privado. Los establecimientos mixtos

creados después de 1980 representaban un porcentaje poco significativo. El sector privado concentraba más de la mitad de establecimientos y es el que prevalecía por sobre el sector público en ambas modalidades (con y sin internación).

Entre 1995 y 2000 se pudo advertir que la proporción de establecimientos sin internación del sector de Obras Sociales creció en un 80% (166 en 1995 y 309 en el año 2000) al tiempo que disminuyó el porcentaje de establecimientos propios con internación (de 56 en 1995 a 47 en 2000). Estas cifras reflejan cómo ha operado la implementación de la política de reforma del subsistema de Seguridad Social, al impulsar la creación de centros de atención ambulatoria y tender al cierre de los establecimientos propios con internación.

Si se analiza la distribución de los establecimientos del sector público con internación para el año 2000 según jurisdicción (Cuadro 5), se observa que 7 de cada 10 establecimientos pertenecían al ámbito provincial y casi 3 al municipal, manifestándose de manera progresiva la reducción de la participación de la Nación y, como correlato, el fuerte incremento de las provincias y, sobre todo, de los establecimientos municipales (estos últimos aumentaron su participación en un 36% en el período 1995-2000, mientras que los de las provincias disminuyeron un 12%). Esta situación fue producto de la política de descentralización llevada a cabo por el Ministerio de Salud en la década de los noventa, que provocó la transferencia de los establecimientos que aún se encontraban bajo la órbita nacional. El muy leve aumento de los establecimientos nacionales se debía a la incorporación de la categoría mixta oficial.

Cuadro N° 5. Argentina. Distribución de establecimientos del sector público con internación según jurisdicción. 1995 y 2000. En porcentajes

Jurisdicción	Establecimientos públicos con internación - %	
	Año 1995	Año 2000
Nacional	0.7	1.8
Provincial	79.5	71.2
Municipal	19.8	27.0
Total	100 (1.231)	100 (1271)

Fuente: Ministerio de Salud e INDEC - Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina de 1995 - República Argentina - Dirección de Estadísticas e Información de Salud - Serie 12 N° 5 - 2007.

Al comparar la cantidad total de camas disponibles para el período 1995-2000 no se observan cambios relevantes (hubo un leve descenso del 1.7%). Algo más de la mitad de camas existentes en el año 2000 correspondía al sub-sistema público, algo menos de un 3% al

sub-sistema de Obras Sociales y el 44% al privado. La relación camas/establecimientos indicaba un promedio de 46 camas por cada uno, siendo ésta mucho más elevada en el sub-sistema público que en el privado. El sub-sistema de Obras Sociales poseía escasos establecimientos con internación pero un alto promedio de camas/establecimiento (Cuadro 6).

Cuadro N° 6. Argentina. Camas disponibles según dependencia. 1995 y 2000. En porcentajes

Dependencia	% camas		Relación camas/establecimientos	
	1995	2000	1995	2000
Público	54,0	53,4	68.3	64.3
Obras Sociales	2,8	2,5	79.5	83.9
Privado	43,1	43,9	33.2	33.7
Mixto	0.1	0,2	27.3	23
Total	100 (155.749)	100 (153.065)	47.1	46.2

Fuente: Ministerio de Salud e INDEC - Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina de 1995 Indicadores de salud seleccionados República Argentina, Dirección de Estadísticas e Información de Salud - Serie 12 N° 5 - 2007

### 3.4. El gasto en salud

La medición del gasto en salud presenta varios inconvenientes. Uno de los problemas radica en la comparabilidad y homogeneidad que deben reunir los diferentes datos del gasto, sobre todo al elaborar series temporales. Otros problemas derivan de la variación de los precios, de la inexistencia de bases de datos consolidadas y de la disponibilidad de datos y resultados provisorios. A ello se suma la configuración del sistema de salud argentino, altamente fragmentado y heterogéneo en sus niveles de cobertura y accesibilidad a los servicios de salud con subsidios cruzados del subsector público al privado y de la seguridad social. El criterio más utilizado para la cuantificación del gasto sanitario se mide por su financiación (Tobar, 2002).

El porcentaje del Producto Bruto Interno (PBI) de la Argentina en salud entre 1995 y 2003 tuvo su valor más elevado en 1995 (9.1%), que fue decreciendo paulatinamente hasta 2003, en donde sólo alcanzó al 7.7% del total. La relación del gasto en salud y el PBI compara el

porcentaje que se invierte en salud sobre el total de la riqueza de un país. Así, el financiamiento sectorial debe considerar las restricciones presupuestarias públicas, que están directamente relacionadas con la capacidad de ingresos de Argentina (Tobar, 2002). De todas maneras no debe soslayarse factores como el lógico componente político y un límite organizativo que median la relación entre recursos y gastos.

El gasto público en salud –compuesto por el gasto del gobierno nacional, provincial y municipal, la atención de la salud de las Obras Sociales nacionales y provinciales y del PAMI– fue creciendo paulatinamente desde 1995 hasta 2003. (Cuadro N° 7). La crisis de 2001 redujo el monto del gasto total en salud; en ese año se produjo una disminución de alrededor del 9% en relación a 2000. Las pérdidas más notorias se expresaron en los rubros de seguridad social en su conjunto, incluyendo al PAMI (Tobar, 2002). En 2003 se elevó el valor total por la inversión del gobierno nacional en el financiamiento de los programas prioritarios de salud pública post-crisis (Uribe, 2003).

El gasto de la atención de la salud de las Obras Sociales durante el periodo bajo estudio aumentó levemente hasta 2000 y, si bien decayó durante 2001 por la disminución en el empleo formal y su impacto sobre la recaudación del sistema y por la disminución en el nivel salarial de los afiliados, fue recuperando y acrecentando su nivel de gasto en 2003.

La caída más pronunciada se detectó en el PAMI, que desde 1995 hasta 2003 perdía participación, ocasionada por la disminución en las contribuciones de los trabajadores en actividad, por el aporte de los pasivos y del Tesoro Nacional.

El gasto privado en salud abarca las erogaciones realizadas por las familias de todo el conjunto de bienes y servicios en materia sanitaria. En Argentina no existe una única metodología para determinar el valor de ese gasto y, si bien se han hecho diferentes intentos a fin de estimarlo, ninguno de ellos ha sido reconocido en forma unánime. Los métodos más usados son los que aplica la Encuesta de Gasto de los Hogares<sup>4</sup> (Tobar, 2002).

---

<sup>4</sup> El gasto privado en salud comprende todos los gastos de bolsillo de los agentes no públicos de la economía para la obtención de algún bien o servicio relacionado con la salud, y las erogaciones para el pago de una prima a un ente asegurador que en el futuro financie algún servicio relacionado con la salud.(Tobar, 2002).

Cuadro N° 7. Argentina. Evolución del Gasto en salud. 1997, 2000 y 2003. En millones de pesos, en dólares y en porcentajes

AÑO SECTOR	1995		1997		2000		2003		
	Mill \$	%	U\$S						
Gobierno/ Público	4.850	21,9	5.173	22,6	5.726	23,4	7.024	24,2	2.382
Obras Sociales	5.253	23,8	5.600	24,4	6.059	24,8	7.063	24,3	2.395
INSSJyP (PAMI)	2.689	12,2	2.483	10,8	2.291	9,4	2.183	7,5	740
Sub-total Gasto Público	12.792	57,9	13.256	57,8	14.076	57,5	16.270	56,0	5.517
Hogares/ Privado	9.313	42,1	9.660	42,2	10.390	42,5	12.780	44,0	4.334
TOTAL	22.105	100	22.916	100	24.466	100	29.050		9.850
% Gasto PBI	9,1		8,4		8,8		7,7		7,7

Fuente: Levcovich, M. 2005 y OPS, 2002. En base a: DGSC del Ministerio de Economía; Banco Mundial, 2003; EUGSS del Ministerio de Salud, 2003; INDEC, OPS Indicadores Básicos. Tipo de cambio 2003: \$ 2,9491 BCRA.

La relación entre el porcentaje del gasto público y el privado (58% del total del gasto es público y un 42% privado) mostró que este último crecía constantemente a lo largo del período analizado y se tornó más importante en 2003. Al contrario, el gasto público bajó, pasando de 58 % al 56 %. La caída del empleo, el incremento del desempleo, el aumento de las cuotas de la medicina privada y el mayor costo de los honorarios médicos y de los medicamentos fueron algunas de las causas del mayor gasto privado en salud.

El cuadro N° 8 muestra la distribución del gasto y el porcentaje del Producto Bruto Interno según los diferentes sectores: público (representado por el nivel nacional, provincial y municipal), Obras Sociales y privado calculado para 1997, que es el año en el que se inicia el proceso de Desregulación de las Obras Sociales.

Cuadro N° 8. Argentina. Gasto en Salud. Composición por sector. 1997. En porcentajes

Sector	Distribución del PBI según rubros	Distribución en % del Gasto en Salud
I. Público	2.0	23
a) Nacional	0.3	3
b) Provincial	1.4	16
c) Municipal	0.3	4
II. Obras Sociales	3.0	35
Nacionales	1.3	16
PAMI (INSSJP- jubilados)	0.9	11
Provinciales	0.7	8
Otras	0.1	2
<i>Gasto Público Salud</i>	<i>5.0</i>	<i>58</i>
III. Sector Privado	3.4	42
Seguros privados	0.9	10
Desembolso directo	2.5	32
TOTAL	8.4	100 (22916 millones de pesos)

Fuente: Tobar, F. y colaboradores, 2002

En el sector público se destinaba un 20% para acciones de prevención y regulación y el 0% restante correspondía a atención médica. Las erogaciones provinciales representaban el 70% del total del gasto público. Casi la mitad del gasto específico de las Obras Sociales pertenecía a las llamadas “nacionales”, regidas por la ex ANSSAL (hoy Superintendencia de Salud). El PAMI insumía un tercio del gasto y las Obras Sociales provinciales un 20%. El restante 5% estaba destinado a Obras Sociales diversas (Ejército, Armada, Universitarias, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires). Las principales fuentes de financiamiento del gasto público en salud estaban constituidas en 1997 por los impuestos al trabajo y el aporte de los Tesoros provinciales (Cuadro N° 9).

La distribución del gasto (incluyendo el gasto privado) para 1997 teniendo en cuenta el nivel de cobertura, revelaba fuertes desigualdades (Cuadro N° 10). Así, se hacía evidente una inequitativa estructura piramidal, en la que en la base se gastaba poco para mucha gente y

en el vértice el gasto era elevado para pocos (excluyendo la doble cobertura). La política de subsidios cruzados entre los subsectores contribuye a hacer ineficiente la estructura del gasto.

Cuadro N° 9. Argentina. Financiamiento del Gasto Público Social Consolidado. 1997. En porcentajes

<b>Fuentes</b>	<b>%</b>
Nación	7
Transferencia a provincias	0.9
Tesoros provinciales	27.7
Tesoros municipales	6.6
Impuestos al trabajo	57.8
<b>TOTAL</b>	<b>100 (13.256.000 pesos)</b>

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la Dirección Nacional de Análisis del Gasto Social; Secretaría de Programación Económica, MEyOSP.

El sector salud se financiaba en 1997 en un 58% con impuestos al trabajo por el peso de las Obras Sociales y el PAMI, pero las reformas en el sistema de seguridad social y la política de reducción de aportes patronales implicaron una disminución en el peso relativo de los impuestos al trabajo (Cuadro N° 9).

### **3.5. Cobertura de salud**

La cobertura de salud según subsector también es difícil de estimar por la superposición de categorías (doble cobertura) y por la diversidad de fuentes. Así, por ejemplo los datos del Censo de 2001 indicaban que el porcentaje con cobertura de salud en la población argentina ascendía al 52%, mientras que la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de 2001 realizada por el SIEMPRO encontró que esa cobertura alcanzaba al 57%. Si se toma en cuenta la profunda crisis socioeconómica por la que ha atravesado el país durante 2000 y 2001, que provocó fuertes niveles de desempleo y pobreza, parece poco probable que la cobertura para el año 2001 se haya mantenido en los mismos niveles que en 1997. Algo similar ocurre con la información de 2003: mientras la Encuesta de Nacional de Gasto y Utilización de Servicios de Salud (ENGHUSS) realizada por la DEIS, Ministerio de Salud/Instituto de Investigaciones Gino Germani indicaba que la cobertura de salud alcanzaba al 48,2% de la población y que la afiliación a las Obras Sociales era del 36,1%, otras fuentes (Diario Clarín, 11/5/2003) consideraban que el porcentaje de la población cubierta por Obra

Social era más elevado. Así, un artículo periodístico sobre nuevos proyectos para controlar a las empresas de medicina prepaga estima para ese año que casi un 59,8% de la población tenía cobertura de salud y que la población afiliada por Obra Social (incluido PAMI) abarcaba al 49,8 % (la fuente según este artículo es INDEC sin otras especificaciones).

Al examinar la evolución del porcentaje de población con cobertura de salud (Cuadro N° 10) no se observaron fuertes cambios desde 1991 hasta 1997. Se advierte una leve disminución en el año 2000<sup>5</sup> y los datos del Censo 2001 arrojaban una importante reducción de la cobertura debido a la crisis. Ya en 2003 se advertía una lenta recuperación reflejada por las medidas impulsadas para crear empleo y por la incorporación de los trabajadores monotributistas.

Cuadro N° 10. Argentina. Población con cobertura de salud. 1991, 1997, 2000, 2001 y 2003. En porcentajes

Años	FUENTE	% de población con cobertura
1991	INDEC 1991	62,7
1997	ECV/SIEMPRO 1997	63,6
2000	OPS 2002	62,0
2001	INDEC 2001	51,9
2001	ECV/SIEMPRO 2001	57,0
2003	ENGHUSS/DEIS 2003	58,2

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). 1991 y 2001, OPS, 2002, ECV Siempro 1997 y Encuesta Nacional de Gasto y Utilización de Servicios de Salud 2003 (DEIS, Ministerio de Salud e IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA).

Es difícil evaluar la evolución de la población con cobertura de salud según sub-sistema para los años 1997, 2000 y 2003 no sólo por fuentes disímiles, sino por diferentes usos de categorizaciones (Cuadro N° 11). A grandes rasgos se detecta un deterioro de la cobertura de la seguridad social en 2003. Sin embargo, a partir de estas fuentes no es posible cuantificar adecuadamente las categorías de doble cobertura y la de “otros sistemas y combinaciones” para analizar con mayor precisión la evolución.

Al comparar la proporción de la población atendida en el sub-sistema privado se pone de manifiesto un leve descenso desde 1997 al año 2000, notándose una fuerte recuperación de los que se afilian a sistemas de empresas prepagas en 2003 (según la ENGHUSS). Si bien ya en el año 2003 se observaba un aumento de algunos indicadores socioeconómicos, era poco

<sup>5</sup> Los datos de cobertura del año 2000 se realizaron en base a estimaciones de la ECV, Encuesta de Gastos de Hogares e INDEC.

probable que el porcentaje de asociación a sistemas prepagos (de 6,4% a 12,9%) haya aumentado al doble desde 2000 a 2003.

Cuadro N° 11. Argentina. Cobertura de salud según sub-sector. 1997, 2000 y 2003. En porcentajes

Sub-Sector	Año 1997	2000	2003
Sub-sistema público	36,4	38,0	41,8
Obras Sociales (incluye PAMI)	50,2	51,3	36,1
Privado (pre-pagos)	7,9	6,4	12,9
Obras Sociales y pre-pago	4,2	3,3	-
Sistema de Emergencias	1,3	1,0	-
Otros sistemas y combinaciones	---	----	9,2
Total	100	100	100

Fuente: ECV Siempro/ Indec 1997 y 2001, OPS, 2002 y Encuesta Nacional de Gasto y Utilización de Servicios de Salud 2003 (DEIS, Ministerio de Salud e IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA).

### Cobertura y nivel de ingresos

Una variable que incide fuertemente en el nivel de cobertura es el nivel de ingresos de la población, que produce desigualdades notorias en el sistema.

Las encuestas en áreas urbanas de la Secretaría de Desarrollo Social de 1997 y 2001 estimaron el acceso a la cobertura de salud según 5 tramos de ingreso mensual per cápita del hogar (Cuadros N° 12 y 13), mientras que la ENGHUSS de 2003 captó el ingreso de los hogares y lo clasificó con categorías diferentes. Es importante aclarar que no existen datos sobre cobertura y nivel de ingresos de la población para el año 2000.

Los resultados de las tres encuestas indican que a menor nivel de ingreso mensual per cápita fue mayor el uso del sub-sistema público. A medida que se incrementaba el nivel de ingresos crecía la proporción de población cubierta por Obra Social, aumentando asimismo el porcentaje de los que accedían a una cobertura privada mediante la adhesión a una empresa de medicina pre-paga o mutual.

Cuadro N° 12. Argentina. Población por sub-sector de atención de la salud según quintiles de ingreso mensual per cápita del hogar. 1997. En porcentajes

Quintiles de ingreso per cápita del hogar	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Nivel V
	\$ 68.70	\$ 153.80	\$ 249.20	\$ 403.50	\$ 1.041.40
<b>Dónde se atienden</b>					
Obra Social	30.4	51.2	59.2	65.8	61.1
Prepago o Mutual	3.8	6.6	7.4	10.7	16.1
Obra social y Prepago	1.4	2.2	4.1	5.2	12.2
Sólo Emergencia	1.4	1.1	1.8	1.2	1.0
Hospital Público	63	38.9	27.5	17	9.7
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Serie N° 10 Encuestas de Desarrollo Social y Condiciones de Vida. La utilización de servicios de atención de la salud. SIEMPRO/Ministerio de Desarrollo Social.

Cuadro N° 13. Argentina. Cobertura de seguros de salud de la población según quintiles de ingreso per capita de los hogares. 2001. En porcentajes

Quintil de Ingreso y cobertura de salud	TOTAL	QUINTIL I	QUINTIL II	QUINTIL III	QUINTIL IV	QUINTIL V
Obra Social	46,5	19,6	43,2	59,5	65,5	66,1
Mutual o Prepago	10	2,7	5,8	8,8	11,4	23,3
Hospital Público	43,0	77,1	50,7	31,6	22,8	10,6
NS/NR	0,5	0,6	0,3	0,1	0,3	--
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Serie N° 8 Encuestas de Desarrollo Social y Condiciones de Vida. La afiliación a los sistemas de salud. SIEMPRO/Ministerio de Desarrollo Social. Se excluye la doble cobertura. 2001.

Fue considerable el aumento de la población sin cobertura de salud desde 1997 a 2001, especialmente en los quintiles I y II, que han sido los más afectados por las reformas iniciadas

en 1997. La diferencia entre los quintiles I y II aumentó cerca de un 12% durante ese período. En cambio, la brecha fue más leve al analizar la población de los quintiles III y IV que se atendían sólo en el Hospital Público (la diferencia entre 1997 y 2001 aumentaba sólo un 5% aproximadamente) y es casi inexistente (crecimiento del 1,5%) al comparar el quintil V (que corresponde al de mayores ingresos) para dicho período.

La evolución de la cobertura de salud desde 2001 a 2003 (Cuadro N° 14) expuso una leve disminución (entre el 3% y 4%) de la población de quintiles más bajos (I y II) atendida en los hospitales públicos. Este dato estaría mostrando una lenta recuperación de la población más carenciada con respecto a la de los de mayores ingresos. Si bien ocurría algo similar en el nivel III de ingresos (desciende alrededor de un 5%), se detectó un aumento de la población sin cobertura especialmente en el quintil IV (8% aproximadamente) y en menor medida en el quintil V (5%). De todas maneras como la fuente de 2003 es diferente a la de 1997 y 2001 hay que tomar con cautela esta comparación.

Cuadro N° 14. Argentina. Población según quintiles de ingreso per cápita familiar por condición y tipo de afiliación a algún sistema de atención de la salud. 2003. En porcentajes

Quintil de ingreso y cobertura de salud	TOTAL	QUINTIL I	QUINTIL II	QUINTIL III	QUINTIL IV	QUINTIL V
Obra Social	36,1	14,9	37,9	49,6	39,7	46,2
Mutual o Prepago	12,9	3,3	9,2	14,7	19,7	24,9
Otros sistemas y combinaciones	9,2	7,6	6,9	8,9	10,6	14,5
Hospital Público	41,8	74,2	46,0	26,8	30,0	14,4
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Serie N° 8 Encuestas de Desarrollo Social y Condiciones de Vida. La afiliación a los sistemas de salud. SIEMPRO/Ministerio de Desarrollo Social. Se excluye la doble cobertura. 2001.

En 2003 y en comparación con el año 2001, se advirtió un aumento de las capas de mayores ingresos que accedían a la medicina privada. Esta información evidenciaba la fuerte segmentación e inequidad existente: la población con más ingresos pagaban servicios en forma

directa o mediante la contratación de seguros, los asalariados con ingresos medios y medio-bajos eran atendidos por la seguridad social que, además está estrechamente vinculada con el sector privado, y los grupos sociales de menores recursos acuden sólo a los hospitales públicos.

### 3.6. Indicadores laborales y pobreza

Ambos indicadores han estado estrechamente vinculados en la década del 90 ya que el aumento del desempleo profundizó la pobreza. Mientras que la tasa de empleo no mostró grandes oscilaciones durante el período en estudio, han aumentado las tasas de desocupación y subocupación (Bertranou y Bonari, 2005).

Si bien habían crecido los índices de desocupación durante la hiperinflación de 1989 y 1990, estos índices comenzaron a disminuir entre 1991 y 1993 por la aplicación a corto plazo del Plan de Convertibilidad. Pero el desempleo se transformó en un problema estructural y ascendente: la crisis del Tequila de 1995 y el derrumbe económico-institucional de fines del 2001/2002 provocaron los picos más altos (Cuadro N° 15). De todas maneras la desocupación estuvo acompañada por un fuerte crecimiento de la subocupación horaria y del subempleo. En el mercado laboral se produjo una migración hacia actividades terciarias y de baja productividad, una destrucción de puestos de trabajo en el sector formal de la economía y un aumento del cuentapropismo. No se debe omitir el sostenido aumento del empleo asalariado no registrado que conllevaba a incrementar mayores índices de pobreza. Aun cuando no todos los trabajadores informales eran pobres, existía una estrecha relación de la pobreza con la economía informal (Vinocur y Halperin, 2004).

Cuadro N° 15. Argentina. Total de Aglomerados Urbanos. Evolución de las tasas de Actividad, Empleo, Desocupación y Subocupación Horaria. Años seleccionados.

Años	Tasa Actividad	Tasa de Empleo	Tasa de Desocupación	Tasa de Subocupación Horaria
1993	41,0	37,1	9,3	9,3
1995	41,4	34,5	16,6	12,5
1997	42,3	35,3	13,7	13,1
2000	42,7	36,5	14,7	14,6
2002	42,9	35,3	17,8	19,9
2003	42,8	36,2	15,6	18,8

Fuente: EPH, Indec – Onda Octubre, salvo para el año 2003 (mayo)<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Hasta mayo de 1995 el relevamiento se realizaba en 25 aglomerados. En octubre de ese año se incorporaron Concordia, Río Cuarto y Mar del Plata-Batán.

Durante los primeros años del período menemista se logró frenar la incidencia de la pobreza ocasionada por la hiperinflación de fines de los 80 (que trepó a una tasa del 47,3), pero ésta volvió a experimentar aumentos en la mayor parte del decenio. Mientras que la pobreza aumentaba, la tasa de indigencia fue más pronunciada (Lindenboim, 2010).

Cuadro N° 16. Argentina. Total de Aglomerados Urbanos<sup>7</sup>. Evolución de la pobreza e indigencia. Años seleccionados. En porcentajes

Años	% de personas pobres	% de personas indigentes
1993 (EPH 15 ciudades)	18,3	4,3
1995 (EPH 15 ciudades)	26,6	6,9
1997 (EPH 15 ciudades)	27,7	7,2
2000 (EPH 28 ciudades)	32,6	9,5
2002 EPH 28 ciudades)	57,5	27,6
2003 (EPH-C)	49,9	21,8

Fuente: CEDLAS. Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales. Informes sobre Pobreza.

El empobrecimiento en Argentina tuvo su etapa crítica en el período 1997-2003, alcanzando los índices más altos a partir del año 2002 (Vinocur y Halperin, 2004). En octubre de ese último año, un 57,5% de los argentinos vivían por debajo de la línea de pobreza y un 27,5% eran indigentes (Cuadro N° 16). Desde octubre del 2002 a 2003 se observó una leve disminución de los índices de pobreza e indigencia a raíz de las medidas generales de reordenamiento económico que permitieron superar la profunda crisis socioeconómica del 2001, que, a su vez, incidieron en la mejora de los niveles de desempleo y pobreza. Sin embargo poco se avanzó en disminuir la desigualdad estructural que existía entre las

---

En la onda de octubre 2002 se incorporaron tres nuevos aglomerados: Viedma-Carmen de Patagones, San Nicolás-Villa Constitución y Rawson-Trelew.

A partir de 2003, la Encuesta se releva en un total de 31 aglomerados urbanos.

Los resultados de mayo 2003 no incluyen el aglomerado Gran Santa Fe debido a las inundaciones.

<sup>7</sup> La mayor parte de la bibliografía consultada sobre pobreza, indigencia y empleo utiliza los datos sólo para el GBA, ya que es la única región que permite construir una serie exhaustiva. Desde 1974 se cuenta con mediciones consistentes de la EPH, sin embargo recién en los años 90 la EPH alcanzó una cobertura nacional más extendida. Se aclara en los cuadros la cantidad de aglomerados cubiertos según los años relevados.

provincias, ya que las tasas de pobreza correspondientes al NEA y al NOA en sus conglomerados urbanos eran muy superiores al promedio del país (45,7% y 39,1%, respectivamente frente al 26,9%). (INDEC/ EPH, 2006). La desigualdad en la distribución del ingreso también se mantuvo (la participación del quintil más pobre disminuyó del 4,8% al 3,1% mientras que el del quintil más rico se elevó del 50,6% al 54,7% entre 1992 y 2005) (OPS, 2007).

La recuperación socioeconómica se manifestó en algunos indicadores de salud (cobertura de salud, mortalidad infantil y materna), aunque aún las deudas en disminuir las tasas de mortalidad infantil y materna aún son ingentes.

Desde el Ministerio de Salud se intentó mejorar la interrelación de los actores involucrados en el Consejo Federal de Salud (COFESA), reactivado a partir de 2002 con la finalidad de facilitar el consenso y la articulación sanitaria entre las provincias y la Nación. La sanción en 2002 de las leyes del Programa Nacional Salud Sexual y Procreación Responsable y del Programa Remediar para la utilización de los medicamentos por su nombre genérico, constituyeron acciones trascendentes para el acceso gratuito a métodos anticonceptivos y medicinas para la población de menores recursos. Además, fijar como prioridad la Atención Primaria en el Plan de Salud 2004-2007 favorece acciones de promoción y prevención a nivel local con la transferencia de los recursos necesarios, aspecto fundamental para no repetir el proceso descentralizador que ha caracterizado a la política de salud en la Argentina de los últimos 20 años.

La crisis de 2001 expuso con crudeza la sujeción de la salud de la población a la empleabilidad en el actual sistema de Seguridad Social, producto de un modelo histórico que ha perdido vigencia en un escenario por venir donde la población envejecerá en muchos casos sin trabajo formal y por ende sin jubilación ni cobertura de salud.

## CAPITULO IV - EL SUB-SISTEMA DE OBRAS SOCIALES

A fin de analizar las principales características de la reforma de las Obras Sociales se especificarán algunos aspectos generales sobre el funcionamiento de este sub-sistema, tratando de mostrar la evolución de algunos indicadores pre y post-desregulación.<sup>1</sup>

### 4.1. Aspectos generales

En el momento en que se plasmaba su desregulación, la Seguridad Social médica se componía de las Obras Sociales nacionales, las Obras Sociales provinciales (ambas para los trabajadores en actividad) y el PAMI (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados: INSSJyP) para los trabajadores retirados y las Obras Sociales autónomas (Personal del Poder Ejecutivo, Legislativo, Fuerzas de Seguridad, Poder Judicial y Universitarias), que cubría a 19.000.000 de beneficiarios (aproximadamente el 54% de la población de la Argentina estimada en 1998 (36.125.000 habitantes). Las Obras Sociales nacionales son administradas por la Superintendencia de Servicios de Salud que, aún en la actualidad, depende del Ministerio de Salud. A diferencia de las Obras Sociales Nacionales, creadas a partir de la Ley Nacional N° 23.660, cada provincia dio nacimiento a su propia Obra Social Provincial como instituciones autárquicas, por medio de una Ley o Decreto Provincial específico (Maceira, ---). El PAMI era un ente autárquico administrado por el Estado y hoy depende de la SSS. Las restantes entidades se administraban por entidades mixtas.

Cuadro N° 1. Argentina. Porcentaje de Beneficiarios según tipo de Obra Social. 1998 y 2004. En números absolutos

<b>Tipo de Obra Social</b>	<b>Porcentaje de beneficiarios 1998</b>	<b>de Porcentaje de beneficiarios 2004</b>
PAMI (Jubilados)	21	14
Obras Sociales Provinciales	22	26
Obras Sociales Nacionales	53	54
Obras Sociales Autónomas	4	6
TOTAL	100 (19.400.000)	100 (20.220.000)

Fuente: González García, 1999 y Torres, 2004.

<sup>1</sup> Dado que no se pudo acceder a la base de datos de los años 2003 y 2004, las fuentes consultadas para comparar la evolución de indicadores de las Obras Sociales han construido sistemas de categorías diferentes de los que se elaboraron en 1999 en base a los datos de la Superintendencia de Salud.

En el período bajo estudio disminuyó la cobertura de los beneficiarios del PAMI y se incrementó levemente el porcentaje de afiliados a las Obras Sociales provinciales (Cuadro N° 1). Las Obras Sociales Nacionales mantuvieron su caudal de beneficiarios.

En mayo de 1999 existían alrededor de 287 Obras Sociales nacionales. Según datos de la Superintendencia de Salud, esta cifra fue levemente mayor en 1994 (360 Obras Sociales). Durante el periodo 1994 a 1999 se produjeron 97 bajas y 26 entidades se dieron de alta. Luego de la reforma, no se modificó sustancialmente la cantidad de obras sociales existentes: en 2004 éstas ascendían a 285 según datos de la SSS.

Las Obras Sociales nacionales se subdividen a su vez en obras sociales sindicales y de personal de dirección (Cuadro N° 2). Una amplia mayoría está agrupada en las denominadas sindicales, cuya administración está a cargo de los sindicatos y que representaron, en 1998, al 70% del total de Obras Sociales cubriendo a la casi totalidad de beneficiarios titulares (92%). Las Obras Sociales del Personal de Dirección están a cargo de asociaciones de empresarios.

Cuadro N° 2 Cantidad de Obras Sociales según naturaleza jurídica. 1999 y 2004. En números absolutos

<b>Obras Sociales Nacionales</b>	<b>Cantidad de O .S. 1999</b>	<b>Cantidad de O .S. 2004</b>
Sindicales	203	201
Estatales	2	2
Por convenio	21	15
Personal de dirección y empresarios	24	25
Asociación de Obras Sociales.	22	13
Entidades incisos c), f) y h)	15	29
<b>TOTAL</b>	<b>287</b>	<b>285</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Salud (1999) y Torres (2004).

Durante el periodo analizado no se observan cambios sustanciales, pesar de lo cual han disminuido las Obras Sociales por convenio y las Asociaciones de Obras Sociales; en cambio, creció el número de entidades de otra naturaleza.

El 71% de los beneficiarios de las Obras Sociales se concentra en 3 provincias, y algo más de la mitad en la Provincia de Buenos Aires y en la Ciudad de Buenos Aires (Torres, 2004).

## 4.2. Recaudación del sub-sistema

El origen de los recursos proviene básicamente de la carga sobre los salarios (6% a cargo del empleador y 3% a cargo del empleado). Cada trabajador realiza aportes en función de su nivel salarial y obtiene servicios en función de los ingresos correspondientes al gremio en el que se desempeña; por ello, los niveles de cobertura de cada trabajador y su familia están determinados por el nivel de recursos por beneficiario de cada Obra Social. Este nivel dependerá, a su vez, del nivel salarial medio de la rama de actividad correspondiente. La dispersión salarial dentro de cada rama y el tamaño del grupo familiar de cada aportante definen la distancia entre el de cada afiliado y el gasto medio de su Obra Social (Cetrángolo y Devoto, 1998).

Del total recaudado, cada Obra Social sindical recibía en 1997 un porcentaje del 90% por cada afiliado con sueldos inferiores a \$1000 y 85% cuando los sueldos superen esa cifra, derivándose el 10% o 15% restantes al Fondo Solidario de Redistribución (FSR) manejado por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS). El FSR se constituyó con el 10% de los aportes y contribuciones a las Obras Sociales sindicales y el 15% para las Obras Sociales de personal de dirección. El 70% de los recursos recaudados para el Fondo, deducido el porcentaje admitido por ley de asignación a gastos de administración, debían ser destinados a reducir la inequidad al interior del sistema<sup>2</sup>.

En las Obras Sociales del Personal de dirección los porcentajes ascienden al 85% y el 80%, respectivamente, de acuerdo al sueldo del afiliado. La recaudación de los aportes y contribuciones a las Obras Sociales y al Fondo Solidario la realiza la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), que centraliza los pagos referidos a la seguridad social.

Los empleadores retienen mensualmente, de la remuneración de sus empleados los porcentajes destinados al FSR y los de Obra Social; depositan sus pagos y envían una Declaración Jurada con la determinación de su deuda. La recaudación del FSR se utilizaba en 1997 para el pago de un subsidio automático a aquellos afiliados que con sus aportes y contribuciones no alcanzaran una recaudación de \$ 20 por afiliado titular y \$ 17 por cada beneficiario obligado, luego de descontados los gastos de funcionamiento de la SSS y de la Administración de Programas Especiales. Los pagos se usaban para subsidiar prestaciones

---

<sup>2</sup> El Decreto 292/95, además de haber disminuido el nivel de alícuotas sobre la masa salarial del 9% al 8%, eliminó los recursos de otra naturaleza que recibían las obras sociales de los trabajadores Bancarios, de Seguros y del Ministerio de Economía, cuyo 50% se destinaba al FSR. Por esto, actualmente el FSR sólo se financia con el 10-15% de los aportes y contribuciones.

según un menú establecido y para equiparar niveles de cobertura destinados a patologías de alta complejidad o de baja incidencia y alto costo.

La legislación contemplaba también el apoyo a programas dirigidos a grupos vulnerables a cargo del Ministerio de Salud, el sostenimiento de la estructura de la Superintendencia de Servicios de Salud y de la Administración de Programas Especiales y los llamados subsidios financieros, destinados al apoyo de aquellas obras sociales que los solicitan para cubrir deficiencias de gestión.

El manejo discrecional del FSR (y aún de los Programas Especiales) ha sido cuestionado por la amplia proporción de los recursos destinada a subsidios financieros (56,57% o \$221 millones entre 1998 y 2001), muchos de ellos concentrados en unas pocas obras sociales, mientras que los subsidios para prestaciones médicas fueron relegados a un segundo plano (Torres, 2004).

El siguiente cuadro muestra una evolución de los ingresos por aportes y contribuciones del sistema de Obras Sociales nacionales. De todas maneras, el ingreso total del sistema es bastante superior ya que en concepto de cotizaciones, aportes del FSR y aportes voluntarios, más otras fuentes de co-seguros, venta de servicios e ingresos extraordinarios, ese monto asciende a casi el doble: así, para el año 1998, mientras que el ingreso por aportes y contribuciones era de \$ 2700 millones, la suma total incluyendo esos ingresos extra fue de \$ 4.500 millones.

Cuadro N° 3. Evolución de la recaudación de los ingresos por aportes y contribuciones de las Obras Sociales Nacionales. 1995-2003. En millones de pesos

Años	Ingreso en millones de pesos
1995	2.661
1996	2.454,7
1997	2.607,7
1998	2.749,5
1999	2.723
2000	2.722,7
2001	2.614,6
2002	2.578,3
2003	3.261,1

Fuente: Torres (2004).

Se observa una disminución de los ingresos de 1995 a 1996, situación que se recuperaba en 1997, manteniendo o ascendiendo levemente su nivel hasta el año 2000. Se evidencian los efectos de la crisis socioeconómica, ya que mermó la recaudación del sistema durante los años 2001 y 2002 (Cuadro N° 3).

Las deudas combinadas de las Obras Sociales nacionales aumentaron aceleradamente desde 1992 hasta 1999. Fuentes de la CGT (Diario *Clarín*, 7/9/99) indicaban que las Obras Sociales sindicales dejaron de recaudar \$3.089 millones por diversas medidas adoptadas por el Gobierno. Las principales causas de la desfinanciación se debieron a las rebajas de aportes patronales desde 1995, a la falta de aportes al FSR por parte del Gobierno, que usó los fondos para financiar otros gastos (PAMI, contraprestación al Banco Mundial, Ministerio de Salud y Desarrollo Social), a la eliminación de aportes especiales de los gremios de Seguros y Bancarios cuando funcionaban como Institutos, a la indeterminación de aportes del período 1995-1999 recaudados por la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP). En forma adicional, se evaluó que la reducción del 1% en promedio en las contribuciones patronales (Decreto 292/95), proyectada a lo largo de todos los años de su vigencia, equivalió a un 78% de una recaudación anual promedio de las mismas (Torres, 2004).

#### **4.3. Indicadores de población**

Del total de afiliados al sistema de Obras Sociales nacionales en 1999, el 38 % eran titulares obligatorios y el resto lo constituían familiares. En 2004 ese porcentaje de titulares se elevó al 48% y, por ende, la relación beneficiarios por cada familiar descendió de 1.6 en 1999 a 1,08 en 2004. Los varones constituían el 52,4% del padrón de afiliados en el año 2004 (Superintendencia de Servicios de Salud, 1999 y Torres, 2004).

El cuadro N° 4 muestra los cambios en la composición del tipo de beneficiarios del sistema de Obras Sociales Nacionales desde 1999 a 2004. Por una parte, se incorporó el régimen de monotributistas y del personal doméstico. El Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (monotributistas autónomos, Ley 24.977) y el de Empleadas del Servicio Doméstico aportan una cuota fija para la atención de la salud (\$20 por titular y otros \$20 por la totalidad del grupo familiar sin consideración de la composición del mismo) y además no realizan aportes al FSR. Por otra parte, se ha incrementado el número de beneficiarios jubilados que permanecieron en la Obra Social una vez que pasaron a la inactividad. Este aumento en el número de beneficiarios jubilados, por su estructura de edades

implicaba menores niveles de ingreso y mayores riesgos de enfermedades crónicas (Torres, 2004).

Cuadro N° 4. Beneficiarios de las Obras Sociales Nacionales según tipo en porcentajes. Se excluye Pami. 1999 y 2004

Tipo de Beneficiarios	1999	2004
En actividad	90,6	69,0
Jubilados	4,2	23,9
Voluntarios/ Adherentes	5,2	0,8
Monotributistas y empleados de monotributistas	--	6,2
Servicio doméstico	--	0,1
Total	100,0 (10.515.015)	100,0 (11.298.314)

Fuente: Superintendencia de Salud (1999) y Torres, 2004.

#### 4.4. Rama, tamaño e ingreso per cápita

Las entidades se han conformado de acuerdo a la rama de actividad, organización que ha conducido a fuertes diferencias en la cantidad de beneficiarios. La clasificación de las Obras Sociales según rama de actividad mostró en 1998 que más de la mitad de las Obras Sociales (55%) pertenecían a la rama de servicios, un 41% al área industrial y un 3% a la agricultura (SSS, 1999). El cuadro N° 5 muestra la concentración de las primeras 10 obras sociales en 1994 y en 2004 y permite comparar los cambios en el perfil del proceso productivo del país durante ese período a través de la posición en el ranking.

Así, la Obra Social de Empleados de Comercio mantuvo su caudal de afiliados pero relegó el primer lugar a los trabajadores rurales. Las Obras Sociales de bancarios, metalúrgicos y colectiveros ya no figuraban en 2004 entre las 10 primeras entidades. Resulta significativa la disminución del número de afiliados bancarios, afectada por la pérdida de beneficiarios al introducir la libre elección; por la presión de los bancos privados muchos empleados optaron por migrar a empresas de medicina pre-paga. La pérdida de beneficiarios de la Obra Social de los Metalúrgicos también es llamativa, ya que además de ser una de las entidades con un elevado balance negativo, ha disminuido su cantidad de afiliados debido al

abrupto cambio que imprimió el gobierno menemista en el proceso de producción nacional, sobredimensionando el área de servicios (Ver capítulo VII, Estudio de Caso).

Cuadro N° 5. Comparación de las primeras 10 Obras Sociales con mayor cantidad de beneficiarios. En números absolutos y posición en el ranking. 1994 y 2004

10 primeras Obras Sociales con mayor concentración de afiliados	1994		2004	
	Cantidad en miles	Ranking	Cantidad en miles	Ranking
(Personal Rural y Estibadores)	317.000	4	1.513.000	1
Osecac	1.226.000	1	1.261.000	2
Ospecon (Construcción)	537.000	2	711.000	3
OSUOMRA	505.000	3	--	
Bancarios	280.000	5	--	
Colectiveros	269.000	6	--	
Sanidad	256.000	7	398.000	5
Osde	227.000	8	318.000	7
OSPLAD	202.000	9	340.000	6
Gastronómicos	191.000	10	435.000	4
Seguridad	-----	---	261.000	10
Unión personal	-----	----	292.000	8
Osdop (Docentes privados)	-----	-----	275.000	9

Fuente: Torres (2004).

También es apreciable la presencia en el ranking, en 2004, de las Obras Sociales que nuclean a los trabajadores de Seguridad, del Estado y de Docentes Privados. Si bien Osplad aumentó la cantidad de beneficiarios y mejoró su posición en el ranking, en 2004 aparece el sindicato de Docentes Privados mostrando el incremento de la matrícula en los colegios privados en el país y el consecuente crecimiento acelerado del gremio que agrupa a sus trabajadores. Algo similar ocurre con el gremio de la Seguridad, que aparece entre las 10 primeras entidades en 2004 a causa del incremento significativo del delito, que provocó una fuerte presencia de empresas de vigilancia. La reorganización de la Obra Social que nuclea a los trabajadores estatales (ex Unión Personal Civil de la Nación) mejoró su caudal de beneficiarios; en contraste, aquellos empleados estatales que optaron por afiliarse a ATE, contaron con la Obra Social del Personal Aeronáutico, que atravesó graves problemas financieros a partir de la incorporación de beneficiarios con bajos salarios.

Como el objetivo de esta tesis se centra en estudiar el proceso de reconversión de las Obras Sociales sindicales, estatales y de otra naturaleza, se analizarán diversos indicadores de

este sub-universo, compuesto por 218 Obras Sociales en 1999. Se ha excluido a las Obras Sociales del Personal de Dirección.

Para conocer la distribución de todas las Obras Sociales según la cantidad de población afiliada, se clasificó a las entidades en 5 categorías:

- Grandes: mMás de 100.000 afiliados
- Intermedias: de 50.000 a 99.999 afiliados
- Medianas: 25.000 a 49.999 afiliados
- Chicas: 10.000 a 24.999 afiliados
- Pequeñas: hHasta 10.000 afiliados

La distribución según tramos de tamaño permite apreciar, una vez más la excesiva concentración de afiliados en pocas entidades (Cuadro N° 6).

Cuadro N° 6. Distribución de Obras Sociales según tamaño y población afiliada. En números absolutos y porcentajes. 1999

Categoría de las entidades según tamaño	Obras Sociales en números absolutos	Porcentaje de Obras Sociales según tamaño	Porcentaje de beneficiarios según tamaño de Obra Social
Grandes (más de 100.000 afiliados)	24	11.0	72,5
Intermedias (50.000 a 99.999 afiliados)	17	7.8	11,6
Medianas (25.000 a 49.999 afiliados)	19	8.7	6,3
Chicas (10.000 a 24.999 afiliados)	37	17.0	5,7
Pequeñas (Hasta 10.000 afiliados)	121	55.5	3,9
<b>TOTAL</b>	<b>218</b>	<b>100 (218)</b>	<b>100 (9.899.839)</b>

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la Superintendencia de Salud. 1999.

En un extremo se ubicaban las Obras Sociales definidas como “pequeñas” (hasta 10.000 afiliados) que constituían un poco más de la mitad de las existentes y concentran sólo al 4% del total de afiliados. Si a este segmento se agrega la categoría “chicas” (10.000 a 24.9999 afiliados), el porcentaje se eleva al 72,5% del total, agrupando sólo al 9,6% de la población afiliada. Numerosas Obras Sociales sindicales se constituyeron con la afiliación de

una reducida cantidad de beneficiarios bajo el amparo de la organización por actividad productiva.

En el otro extremo, se situaban las Obras Sociales con más de 100.000 afiliados, que constituían el 11% de las entidades e integraban al sistema el 72,5% del total de afiliados. Las medianas e intermedias representan el 16% del total de entidades y concentran a pocos beneficiarios.

Si bien el tamaño de cada entidad ya representa de por sí una variable significativa para mostrar el grado de heterogeneidad de este sub-sistema, el ingreso per cápita mensual es casi determinante. El 82% del gasto promedio de las entidades se utiliza para prestaciones médicas, un 14% para gastos administrativos y el restante 4% para prestaciones sociales y gastos extraordinarios (Superintendencia de Servicios de Salud, 1999).

Se ha agrupado a las obras sociales en 4 categorías de ingreso mensual per cápita. Es necesario aclarar que la primer categoría (hasta \$ 20 mensuales) incluye, por un lado, a entidades con ingresos por beneficiario entre 10 y 19 pesos mensuales (46 Obras Sociales) que ya poseían serias dificultades para alcanzar una cobertura adecuada) y, por otro, a Obras Sociales que cuentan con menos de 10 pesos por beneficiario/mes. Si bien representan una porción ínfima del sistema en cuanto a los beneficiarios, y, desdeñable en cuanto al monto de recursos involucrados, esta situación expresa condiciones de carencia para acceder a los servicios de atención médica por parte de esos afiliados que tenían un empleo y realizaban los aportes requeridos para tener derecho a la protección del sistema (Belmartino, 2001).

Cuadro N° 7. Cantidad de Obras Sociales y beneficiarios según tramos de ingreso promedio per cápita mensual. 1999. En números absolutos y porcentajes

Tramos de ingreso per cápita/mes	Cantidad de O.S.	% de O.S. según tramo de ingreso	% Población beneficiaria
Hasta \$ 20	62	28	37
\$ 20.01 a \$ 40	95	44	50
\$ 40.01 a \$ 60	38	17	9
\$ 60 y más	23	11	4
TOTAL	218	100%	100% (9.899.839)

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Salud.

Esta distribución mostraba en 1999 fuertes desigualdades: aproximadamente el 30% de las Obras Sociales percibieron ingresos mensuales per cápita de hasta \$ 20 y concentraban

a más de un tercio de la población beneficiaria. Algo menos de la mitad de las entidades ingresaba entre \$ 20 y \$40 por mes y nucleaba a la mitad de los beneficiarios del sistema y aquellas entidades que percibían un ingreso de más de \$40 representaban menos del 30% de las entidades y sólo brindaban servicios para el 13% de los usuarios (Cuadro N° 7). De todas maneras, la mitad de la población beneficiaria del sistema obtenía ingresos promedio por beneficiario que se ubicaban entre \$28 y \$29 pesos mensuales, cifra que cubría los costos calculados para el PMO (Belmartino, 2001).

Se hace difícil comparar adecuadamente estos datos con los del año 2003, ya que las fuentes secundarias disponibles utilizan formas diferentes de construcción de categorías de ingreso promedio por cápita mensual. Además, no se especifica adecuadamente cómo se obtiene la base del total de Obras Sociales, a pesar de lo cual puede advertirse cierta tendencia a superar las fuertes desigualdades existentes en 1999. La Resolución de la Administración de Programas Especiales de 2002 dejó sin efecto la posibilidad de otorgamiento de subsidios clientelísticos, cambio en el mecanismo de subsidio automático (Decreto 741/03) que ha permitido una clara mejoría distributiva en los ingresos de las obras sociales (Torres, 2004).

Cuadro N° 8. Obras Sociales según ingreso mensual per cápita y cantidad de entidades. En números absolutos y porcentajes. 2003 y 2004

Ingreso promedio per cápita/mes	2003		2004	
	Cantidad de Obras Sociales	Porcentaje de Obras Sociales	Cantidad de Obras Sociales	Porcentaje de Obras Sociales
Menor a \$ 30	93	42,0	73	27,7
De \$ 30 a 35	21	9,5	25	9,4
Más de \$ 35	107	48,5	166	62,9
TOTAL	221	100,0	264	100,0

Fuente: Torres (2004).

En 2003 y, sobre todo, en 2004, se tendían a diluir aún más las desigualdades en el ingreso promedio per cápita mensual, ya que ha crecido el porcentaje de Obras Sociales que percibían más de \$ 35. En 2003 éste alcanzaba a casi la mitad de las entidades y en 2004 esta cifra se eleva a casi dos tercios del total (Cuadro N° 8).

El ingreso promedio per cápita mensual de las Obras Sociales consideradas en el universo bajo estudio fue, en 1999, de \$35,1.

Cuadro N° 9. Obras Sociales según cantidad de afiliados e ingreso per cápita mensual. En números absolutos y desvío estándar. 1999.

TRAMOS DE TAMAÑO	Cantidad de O.S.	Ingreso Promedio Per Capita Mensual en Pesos	Desvío estándar
Grandes (más de 100.000 afiliados)	24	27,8	13,5
Intermedias (50.000 a 99.999 afiliados)	17	29,1	16,9
Medianas (25.000 a 49.999 afiliados)	19	24,1	10,8
Chicas (10.000 a 24.999 afiliados)	37	28,4	17,2
Pequeñas (hasta 10.000 afiliados)	121	41,4	37,2
TOTAL	218	35,1	30,1

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la Superintendencia de Salud.

Las entidades con menor número de afiliados (hasta 10.000) percibían un ingreso promedio más elevado (\$ 41,4) en comparación con las entidades grandes (\$27,8), con más de 100.000 beneficiarios. Entre los extremos las diferencias se acentúan, siendo algo más atenuadas en los restantes tramos de tamaño. Dado que el sub-sistema en su conjunto es sumamente heterogéneo, el resultado del desvío estándar total y el desvío entre los grupos es elevado (Cuadro N°9).

#### 4.5. Producción prestacional e indicadores de utilización

Si se comparan los datos de consultas y egresos anuales entre 1985 y 1998 no se observan grandes diferencias. Sólo el porcentaje de consultas en servicio propio ha disminuido: del 22% en 1985 al 13% en 1998. Se calcula que el número promedio de consultas y egresos presenta un subregistro en la información dado que la Superintendencia de Servicios de Salud considera una tasa de uso pleno para el universo total de afiliados, desconociendo la tasa de uso real para el conjunto del sistema (Pérez Irigoyen, 1989).

La incorporación de una canasta de servicios (PMO), no ajustada en base a un análisis de prioridades y a la disponibilidad de recursos de cada una de las entidades, puso en evidencia la fragilidad de esta medida. El PMO constituyó un listado sobreabundante de prestaciones (Torres, 2004). A ello se agrega que no existen indicadores que midan estándares de calidad de los servicios ofrecidos. Si se analizan las prestaciones que otorgan las

Obras Sociales se observa que una amplia mayoría brinda atención primaria centrada especialmente en la existencia de planes materno-infantiles, enfermedades oncológicas y odontología preventiva. Los porcentajes decrecen un poco (80%) en la oferta de médicos generalistas y en promoción y prevención. Las prestaciones para la atención secundaria referidas a consultas generales y especializadas, odontología, salud mental, medicamentos, internación, laboratorio e imágenes son ofrecidas por muchas entidades (con porcentajes que oscilan entre el 86% y 88% de cobertura). Los porcentajes disminuyen en relación a las entidades que ofrecen discapacidad y rehabilitación.

Sólo el 18% de las entidades exhibe planes superadores del PMO, medida impuesta a partir de la reforma del sistema, y muy pocas (30%) ofrecen planes para adherentes. La existencia de cartillas y de oficinas de atención al público son aspectos que aparecen como servicios ofrecidos en un amplio porcentaje de Obras Sociales.

La infraestructura propia del sector es casi inexistente, ya que sólo el 14% de las consultas totales se producen en servicios propios y son escasas las entidades que poseen farmacias y ambulancias propias (Superintendencia de Servicios de Salud, 1999).

En el capítulo 3, dedicado a exponer el gasto y el nivel de cobertura de la población, se ha descrito la creciente estratificación en el acceso a los servicios de salud y su estrecha vinculación con el nivel de ingresos mensuales de la población del país. Esta diferenciación se reproduce de alguna manera al interior del sub-sistema de Obras Sociales. El tipo de cobertura que la Obra Social brinda mantiene una fuerte dependencia con el nivel de ingreso mensual per cápita y con el tamaño de la institución. Al relacionar los indicadores de población, de cobertura y los referidos a aspectos económico-financieros se observan diferencias según tramos de ingreso y tamaño.

Cuadro N° 10. Indicadores de cobertura prestacional de Obras Sociales según ingreso per cápita mensual. 1999. En números absolutos y porcentajes

<b>Ingreso per cápita mensual</b>	<b>Consultas anuales por beneficiario</b>	<b>% Consultas en servicio propio</b>	<b>Egresos anuales por 100 benef.</b>	<b>Porcentaje de O.S. con planes superadores del PMO</b>
<b>Hasta \$20</b>	2,4	16,7	7,2	10,3
<b>\$20-\$40</b>	3,7	13,9	9,9	12,1
<b>\$40-\$60</b>	4,4	11,8	8,2	27,0
<b>\$60 y más</b>	5,7	6,8	10,2	40,9
<b>Total</b>	3,7	13,6	8,9	17,3
<b>N*</b>	199	211	197	208

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Salud, 1999

(\*) Sobre 218 Obras Sociales sindicales y de distinta naturaleza hay algunas que presentan omisiones en algunos indicadores.

El promedio de consultas para el total del sub-universo analizado es de 3,7 consultas anuales por beneficiario; cifra que disminuye notoriamente a medida que descenden los ingresos. Mientras que las entidades más ricas presentan un promedio de 5,7 consultas anuales por beneficiario, las más pobres sólo alcanzan a un promedio de 2,4 consultas. Al aplicar la prueba de análisis de la varianza puede comprobarse que la diferencia entre los segmentos de ingreso es estadísticamente significativa ( $F=13.95$   $p<0,01$ ).

Algo similar ocurre con la cantidad promedio de egresos por cada 100 beneficiarios, ya que las Obras Sociales que percibían \$ 60 y más producen mayores internaciones (10.2) que las entidades más pobres (7.2). (Cuadro N° 10).

Si bien el porcentaje de consultas en servicios propios era bajo para todo el sub-sistema, las entidades con menores ingresos per cápita brindaban más consultas en servicios propios (16,7%) que las más privilegiadas. Pocas entidades tienen planes superadores del PMO (sólo el 17% del total tiene este tipo de Plan), pero aquellas que detentaban mayores ingresos per cápita tenían más posibilidades de brindar prestaciones adicionales que las que percibían menores recaudaciones. Las prueba del chi cuadrado muestra una diferencia significativa entre ingreso y existencia de un plan superador ( $\text{Chi}^2=14,7$   $p<0,01$ ).

Cuadro N° 11. Indicadores de cobertura prestacional según tamaño de Obras Sociales. 1999

Obras sociales según cantidad de afiliados	Ingreso promedio per cápita mensual	Consultas anuales por beneficiario	% Consultas en servicio propio	Egresos anuales por 100 benef.
Hasta 10.000	41.4	3,9	10,8	9,6
10.000-25.000	28.4	3,3	13,1	7,4
25.000-50.000	24.1	3,3	20,6	10,2
50.000-100.000	29.1	3,7	17,4	8,4
100.000 y más	27.8	3,1	20,0	7,2
Total	35.1	3,6	13,6	8,9
N	217	201	217	199

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Salud, 1999.

(\*) Sobre 218 Obras Sociales sindicales y de distinta naturaleza hay algunas que presentan omisiones en algunos indicadores.

El cuadro N° 11 detalla los indicadores de cobertura según el tamaño de las Obras Sociales. Las más grandes en población –que, además, eran las de menores ingresos– producían menor cantidad de consultas anuales por beneficiario y menores egresos anuales cada 100 beneficiarios, aunque brindaban más consultas en sus servicios propios. Por el contrario, las entidades pequeñas (hasta 10.000 beneficiarios) y las más ricas, estaban en condiciones de brindar más consultas y egresos y, a diferencia de las Obras Sociales grandes, tienen escasos servicios propios para la atención de la salud. Las entidades fuera de los extremos se comportan más equilibradamente.

Otros indicadores económicos y financieros permiten comprobar la inequidad al interior del sistema.

Cuadro N° 12. Indicadores prestacionales y económico-financieros según ingreso per cápita de las Obras Sociales. 1999. En números absolutos y porcentajes.

Ingreso per cápita mensual	Consultas anuales por beneficiario	% Gastos administrativos	% Gastos en prestaciones médicas	Egresos per cápita por prestaciones médicas En \$	Egreso per cápita mensual En \$
Hasta \$20	2,4	16,9	83,7	11,6	13,7
\$20-\$40	3,7	13,9	82,8	24,4	29,5
\$40-\$60	4,4	16,8	78,2	38,1	48,1
\$60 y más	5,7	15,2	79,0	73,2	90,7
Total	3,7	15,4	81,9	28,3	34,6
N (*)	199	211	210	211	211

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Salud, 1999.

(\*) Sobre 218 Obras Sociales sindicales y de distinta naturaleza hay algunas que presentan omisiones en algunos indicadores.

Se detectan elevadas diferencias entre el primer grupo de bajos ingresos (hasta \$ 20) y el de altos ingresos (\$ 60 y más) en el gasto en prestaciones médicas por beneficiario promedio: dicho monto tenía una relación de 1 a 6.3 a favor del segmento más rico para un número de consultas anuales per cápita sólo 2.3 veces superior (Cuadro N° 12).

Algo similar, pero en menor proporción, ocurría entre las Obras Sociales que percibían de \$20 a \$40 y las de mayor ingreso: el monto de egresos era de 1 a 2.5 para un número de consultas 1.5 veces mayor (la aplicación de la prueba de análisis de la varianza mostró diferencias significativas:  $F=82.65$   $p<0,01$ ).

Además, se evidencia una relación entre los ingresos y el gasto: las Obras Sociales más ricas tenían mayores egresos por afiliado que las pobres (este indicador mostró diferencias significativas entre los segmentos de ingreso al aplicar la prueba de análisis de la varianza:  $F=101,66$   $p<0.01$ ).

Al analizar el tamaño de las Obras Sociales con los gastos en prestaciones médicas, gastos administrativos y egresos per cápita mensual, puede detectarse que las entidades más grandes insumen un menor porcentaje de gastos administrativos en relación a las de menor tamaño. Este gasto se compensa con un mayor egreso en prestaciones médicas, pero como son más pobres (las entidades grandes tienen menores ingresos per cápita) gastan menos dinero por beneficiario. Las de tamaño intermedio no muestran tantas distorsiones (Cuadro N° 13).

Cuadro N° 13. Indicadores económico-financieros de las Obras Sociales según tamaño de Obra Social. 1999. En números absolutos y porcentajes.

<b>Tamaño de O.S. según cantidad de afiliados</b>	<b>% Gastos administrativos</b>	<b>% Gastos en prestaciones Médicas</b>	<b>Egresos p/cápita por prestaciones médicas</b>	<b>Egreso per cápita mensual</b>
<b>Hasta 10.000</b>	15,8	79,0	32,2	39,9
<b>10.000-25.000</b>	18,9	82,7	23,7	29,6
<b>25.000-50.000</b>	15,6	84,9	20,6	24,9
<b>50.000-100.000</b>	9,0	90,5	26,4	29,8
<b>100.000 y más</b>	12,5	85,8	23,7	27,7
<b>Total</b>	15,4	81,9	28,3	34,6
<b>N (*)</b>	211	210	211	211

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Salud, 1999.

(\*) Sobre 218 Obras Sociales sindicales y de distinta naturaleza hay algunas que presentan omisiones en algunos indicadores.

El porcentaje de gasto en prestaciones médicas resultó ser una variable cuyas diferencias de medias son significativas ( $F=2,80$   $P<0,05$ )

Estos profundos desequilibrios entre el tamaño de las entidades, el ingreso y el egreso promedio per cápita mensual de cada entidad hacía virtualmente imposible garantizar simultáneamente la viabilidad financiera del sub-sistema y una cobertura prestacional adecuada a las necesidades de la población cubierta.

La persistencia de las desigualdades y de la fragmentación al interior del sub-sistema sigue vigente luego del intento de reforma. A partir del año 2002 comenzaron a revertirse algunos indicadores que se habían agravado por la crisis y ello implicó para las entidades un menor endeudamiento, mayores recaudaciones por aportes y contribuciones, una disminución del monto de subsidios automáticos y un manejo algo más transparente del FSR.

Estas desigualdades surgen de profundas raíces históricas, y revelan los límites de la solidaridad grupal como mecanismo apto para construir un sistema que garantice un acceso igualitario a la cobertura de atención médica. El sistema de salud argentino ha sido históricamente cuestionado en función de sus condiciones de fragmentación, superposición de jurisdicciones, irracionalidad en la asignación de recursos, accesibilidad diferenciada, y escasa adecuación con los principios de equidad, cobertura universal, integralidad de las prestaciones, eficiencia y eficacia. Y la sanción de la Ley 18.610/70 cristalizó las modalidades de ejercer la solidaridad basadas en los vínculos laborales, que habían sido ya superadas en países como Brasil y Chile (Belmartino, 2005).

En estas condiciones tan impregnadas de des-integralidad en el sub-sistema de Obras Sociales, no era posible imaginar que la aplicación técnica de una Reforma conduzca a superar las resistentes desigualdades.

## **Capítulo V - Principales aspectos de la reconversión durante el período**

En este capítulo se describen los ejes de la Reforma de las Obras Sociales encarada a partir de 1997 que se centran en la libertad de elección de afiliados, la creación del Programa Médico Obligatorio PMO), los cambios relativos al Fondo Solidario de Redistribución (FSR), la evaluación del Programa Fondo de Reconversión de Obras Sociales nacionales del Banco Mundial (FROS) y la fijación de medidas para mejorar la eficiencia, regulación y supervisión del sistema, incluyendo la liberalización de las modalidades contractuales que vinculan la demanda y oferta de servicios.

A modo de introducción, se revisan los antecedentes que enmarcaron dicha reforma a partir de la discusión y posterior sanción de las leyes 23.660 y 23.661 durante el gobierno de Alfonsín, así como los sucesivos intentos iniciales y los escollos con que tropezaron los responsables de la implementación de la desregulación de las Obras Sociales durante la gestión menemista desde 1993 hasta 1997. Como cierre se detallan las breves acciones encaradas por el gobierno de la Alianza, que intentó profundizar los mecanismos orientados por los Organismos Internacionales y paliar algunas inequidades en el sistema producidas por la anterior gestión.

### **5.1. Antecedentes de la Reforma**

Durante el gobierno del Dr. Alfonsín surge un nuevo intento de cambio de las reglas de juego del sector salud, concretado en el Proyecto y posterior Ley del Seguro Nacional de Salud (SNS), que apunta a preservar la universalidad, accesibilidad y el papel conductor del Estado en la salud. El gobierno buscó revalorizar el rol conductor del Estado para orientar la acción de las Obras Sociales y del área privada hacia el cumplimiento de objetivos nacionales de salud. Una medida importante fue colocar bajo dependencia del Ministerio de Salud al Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), que hasta ese momento pertenecía al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (Findling y Tamargo, 1994).

El objetivo del SNS fue extender la cobertura médico asistencial a toda la población articulando las acciones de salud del sector público, Obras Sociales y servicios privados en un sistema de seguro con cobertura universal, estructura participativa y administración descentralizada (Grassi et al., 1994).

En realidad desde el Gobierno se propuso enviar al Congreso dos proyectos simultáneamente: el de Reordenamiento Sindical y el del Seguro Nacional de Salud. El primero traía aparejada una discusión sobre la conducción de las Obras Sociales y, a raíz de la oposición que generó la propuesta, dicho proyecto fue retirado del ámbito parlamentario. El segundo proyecto, que trataba sobre el SNS, ante la confrontación suscitada, debió esperar un tiempo prudencial para su tratamiento. En 1988 el gobierno radical, ya casi vencido, sancionó una Ley de Asociaciones Profesionales (N° 23.551) que reguló los sindicatos a medida de los dirigentes gremiales.

El contenido del Proyecto de Ley del Seguro Nacional de Salud se convirtió en una cuestión problematizada (Oszlak y O'Donnell, 1995). Su discusión, aprobación e implementación expresó una forma de negociación política entre actores corporativos. La presentación y posterior debate podrían ser interpretados como un intento de reforma en la organización de los servicios de salud en Argentina pero, en realidad, lo que se discutió no fue un modelo de atención sino los mecanismos de conducción, control y financiamiento de la salud. La propuesta fue analizada por diversos actores, pero la discusión principal se trató fundamentalmente a través de la prensa, provocando un estancamiento en la discusión parlamentaria. Recién en 1987 se reinicia una tarea de negociación entre el gobierno y los sindicatos para destrabar el Proyecto.

Mientras se profundizaba la crisis financiera de las Obras Sociales, el gobierno pasó de una estrategia de confrontación a una de cooptación de los grupos corporativos: un sector del sindicalismo pasaba a ocupar el Ministerio de Trabajo, acordando un nuevo proyecto de ley de Seguro de Salud y de Obras Sociales que reflejaba las exigencias de los sindicatos. Esta alianza corporativa se plasmaba en un contexto de agudización de la crisis económica y de hiperinflación que erosiona aún más los debilitados recursos de las Obras Sociales (Findling y Tamargo, 1994).

El nuevo proyecto desdoblaba la propuesta inicial: en 1988 se promulgó la Ley N° 23.660 sobre Obras Sociales y la Ley N° 23.661 sobre el Seguro Nacional de Salud. Las principales modificaciones se basaron en los reclamos del sector sindical, que logró no separar la conducción gremial de las Obras Sociales.

Otros temas más acuciantes y de mayor trascendencia por sus profundas transformaciones socioeconómicas desplazaron los ejes de discusión en el sector, tanto desde el Gobierno como de los demás actores con poder de decisión. En el primer semestre de 1989 la paridad del dólar se multiplicó por 25 y tras ella los precios minoristas alcanzaron una tasa del 208 % mensual.

El gobierno justicialista que asumía en 1989 tuvo a su cargo la reglamentación de la Ley del Seguro Nacional de Salud, aunque ésta ya no se consideró una cuestión prioritaria en la agenda del gobierno, situación que se expresó en el hecho que, existiendo formalmente como Ley, sólo se reglamentaron algunos artículos.

Es importante aclarar que el proceso de transformación no fue iniciado a partir de la legislación en base a decretos sobre la desregulación sino que dicha normativa se sancionó para legitimar cambios que paliaran la crisis financiera de las entidades sindicales que ya se encontraba en gestación y que se relacionaba con la redefinición de los mecanismos contractuales, nuevas tecnologías de gestión y la conformación de uniones transitorias de empresas (Belmartino, 2000).

Durante los años 1990 y 1991 comenzaban a dibujarse con perfiles claros las posiciones de los distintos actores con intereses en el sector (FIEL, ADEBA, CIMARA), Muchas de estas propuestas provenían de grupos privados, no necesariamente vinculados al sector salud, que sostenían como idea básica el libre funcionamiento de los mercados aún cuando se tratara de áreas como salud, educación o vivienda, mostrando una concepción tanto filosófica como organizacional similar a la del sistema chileno. Así, adquieren mayor influencia los representantes de las entidades de medicina pre-paga que fueron los más férreos opositores a la Ley del SNS.

Los principales ejes de las discusiones se centraron en: a) la reorganización del sector de Obras Sociales en términos de su financiamiento y la revisión de ciertas modalidades de pago de las prestaciones; b) la introducción de la libertad de elección de los afiliados de Obras Sociales y la posibilidad de liberalización total de ese sub-sector, así como la discusión de mecanismos que tendieran a una mayor eficiencia de las entidades; c) la reconversión del Hospital Público sobre bases de competitividad y eficiencia; y, d) el rol subsidiario del Estado (transferencia de recursos al sector privado) y su reacomodamiento en la participación y gestión en la política de salud.

El Plan de Convertibilidad iniciado en 1991 a través de la alianza estratégica con el Ministro de Economía Cavallo, quien cumplió con todos los parámetros del Consenso de Washington, implicó un efectivo combate contra la inflación y un crecimiento del PBI, proceso que se extendió sin trabas sólo hasta 1994 (Repetto y Alonso, 2004).

El primer intento de implementación de la reforma del sub-sistema de Obras Sociales fue el proyecto de creación de la Organización Solidaria de Atención Médica (OSAM), impulsado por el equipo técnico del Ministerio de Economía. La idea central era introducir un subsidio a la

demanda y la libre elección se ejercería con una Cuota Parte de Atención Médica (CUPAM) uniforme para todos los beneficiarios, resultante del cociente entre la recaudación total del sistema y el número de beneficiarios. Este esquema, que no pudo implementarse, fue en principio más redistributivo, pero suponía que la libre elección lograría mejoras automáticas en la eficiencia, y que existía igualdad de condiciones para los agentes que componían la oferta y la demanda del mercado de la salud (Cetrángolo y Devoto, 2002). Este proyecto no prosperó y se descartó así otra forma de superar la inequidad en el sub-sistema.

En el inicio de la gestión del Presidente Menem se llevaron a cabo un conjunto de acciones y programas discontinuos, poco transparentes y con un perfil netamente asistencialista, priorizándose una transformación económica que no tuvo en cuenta el impacto social negativo. La creación de la Secretaría de Desarrollo Social supuso la puesta en marcha de las recomendaciones de los Organismos Internacionales. La focalización, la descentralización y la transferencia de ejecución a la sociedad civil se implementaron como objetivos en sí mismos y como respuestas burocráticas a las exigencias de los Organismos Internacionales. Con la puesta en práctica de estas políticas se intentó reformular la nueva función estatal, restituyendo al mercado las áreas centrales de la política social (Tedeschi et al., 1998 y Findling et al., 2002).

Un primer antecedente de la Reforma de Obras Sociales fue el Decreto de Desregulación de la Economía N° 2284/91, que creó el Sistema Único de Seguridad Social (SUSS), a fin de recaudar y fiscalizar los aportes de la Seguridad Social. En enero de 1993 el Presidente Menem anunció su Plan Social y el decreto 9/93 de Desregulación de las Obras Sociales. Se autorizaba la libre afiliación de un trabajador a cualquier Obra Social, dejándose sin efecto los límites en la libertad de contratación con prestadores e instando a las Obras Sociales a fusionarse, federarse o unificarse. Las prestaciones básicas serían definidas por el Ministerio de Salud y Acción Social y la ex Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) compensaría a las entidades las diferencias entre el monto de los aportes y contribuciones de los beneficiarios y el costo de las mismas.

En agosto de 1995 se dio a conocer el decreto 292/95, que dispuso la progresiva rebaja de los aportes patronales, quitándole a la ANSSAL el control de los fondos de las Obras Sociales, que pasaron a depender de la ex Dirección General Impositiva. La quita de aportes también alcanzó al sistema previsional, a las asignaciones familiares, al fondo de empleo y al PAMI. Este decreto toma algunos principios ya esbozados en 1993: Plan Médico Obligatorio (PMO)

igualitario para todos los entes, libre elección de las Obras Sociales y futura incorporación de las empresas de pre-pagas en competencia directa con las Obras Sociales sindicales. Con ello el Gobierno pretendió avanzar en la política de flexibilización laboral y eliminar el escaso poder que aún conservaban los sindicalistas en el manejo de la recaudación de las Obras Sociales. Estas medidas formaron parte de las sugerencias recomendadas por el Banco Mundial para iniciar la desregulación del sistema de obras sociales (Findling et al., 2002).

La estrategia de la Confederación General del Trabajo (CGT) fue mostrar desacuerdo frente a cualquier intento de desregulación total de las Obras Sociales, rechazando el ingreso de las entidades de medicina pre-paga a la libre afiliación. Apeló a la constitucionalidad del Decreto 292/95, y llamó a paros con movilización. Ese período estuvo permeado por continuos conflictos y arduas negociaciones entre los dirigentes de las principales Obras Sociales y el titular de la ANSSAL con los Ministerios de Economía y de Trabajo para destrabar la efectiva puesta en práctica de ese proyecto. Finalmente se resolvió aceptar la libre elección entre Obras Sociales Sindicales, pero en forma progresiva: en una primer etapa de prueba, con un cupo del 20% del total de afiliados, una vez por año. Por las presiones sindicales, el Gobierno decidió subsidiar a numerosas entidades para saldar sus deudas y rebajar la disminución de aportes patronales, pero paralelamente el Ministerio de Economía decidió disolver varias Obras Sociales de Administración Mixta.

A fines de 1995 se difundieron los lineamientos del préstamo del Banco Mundial para la reforma de Obras Sociales y, en febrero de 1996, frente a un inminente acuerdo, la CGT dispuso un nuevo paro nacional por la desocupación y en oposición a la desregulación de las Obras Sociales.

No obstante la situación planteada, el gobierno firma un acuerdo con el Banco Mundial por el que se crea el Programa de Fondo de Reconversión de Obras Sociales (FROS) para la reestructuración del sistema de Obras Sociales y del PAMI, con la condición indispensable de ajustar la cantidad de Obras Sociales, implementar la libre elección entre Obras Sociales y encarar la posterior incorporación y regulación del servicio de medicina pre-paga. El acuerdo implicaba asimismo la creación de un nuevo ente regulador que controlara y monitoreara su cumplimiento y préstamos blandos para las obras sociales a fin de financiar sus procesos de reconversión (Montoya y Colina, 1999)

Para acelerar el acuerdo con el Banco Mundial, y como respuesta a otro paro de la CGT contra la flexibilización laboral, el Presidente Menem firmó en octubre de 1996 los primeros dos decretos que pusieron en marcha la desregulación. En ellos se establecía la opción de cambio entre

Obras Sociales Sindicales, se abrió un registro de interesados de Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, se solicitaba regular la medicina prepaga y se conformaba una Base Única de la Seguridad Social como paso definitivo para completar el Padrón de Beneficiarios.

Asimismo, por resolución de la ANSSAL, se autorizaban las auditorías contables en las Obras Sociales sindicales. Posteriormente se produjeron algunas modificaciones a esos decretos estableciendo normas complementarias para ejercer la opción de cambio por parte de los beneficiarios y la libre elección entre empresas de medicina pre-paga para el personal de dirección.

Como consecuencia de la fusión de la ANSSAL, el INOS -Instituto Nacional de Obras Sociales- y la Dirección Nacional de Obras Sociales -DINOS- se creó la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), en jurisdicción del Ministerio de Salud. Al frente de esta entidad y a partir de negociaciones con la cúpula sindical, el Presidente Menem designó al dirigente sindical José Luis Lingieri, con la resistencia del Ministerio de Economía pero con el aval del Banco Mundial, ya que se consideraba importante que el sindicalismo "colaborara en el proceso que debe ser llevado con gradualismo y cintura política" (El Médico del Conurbano, 15 Febrero 1997).

Luego de meses de arduas negociaciones entre la CGT y el gobierno, finalmente éste decidió no incorporar a las empresas de medicina prepaga a la libre elección. Y de esta manera se puso en marcha la reforma de las entidades.

## **5. 2. Aspectos centrales de la Reconversión de Obras Sociales**

### **5.2.1. Libre elección de afiliados**

Desde el Gobierno y con el apoyo de los Organismos Internacionales se consideró que la competencia daría incentivos apropiados para aumentar la eficiencia, consolidar el sistema y reducir el número de Obras Sociales nacionales. Sin embargo, esta reforma no se sustentaba en un análisis integral de la relación entre necesidades de la población y oferta de servicios (Mercer, 1997)

La estrategia en la que se basó la libre competencia consideraba que el abandono o salida de los usuarios frente al deterioro de la calidad de los servicios que brindan las organizaciones a las que pertenecen es una señal de castigo. Esa salida constituye una típica solución de mercado: es la decisión privada del cliente que individualmente opta por dejar un servicio. La voz, en cambio, remite al intento del individuo a modificar las acciones, políticas y servicios de la organización. Su ejercicio puede ser individual o colectivo y sus miembros, en vez de optar por el

abandono, expresan su disconformidad directamente a la dirección de las organizaciones. Tanto el abandono como la voz son mecanismos posibles para recuperar algún déficit o deterioro lograr eficiencia organizacional. Otra alternativa es la lealtad del usuario con su institución (Hirschman, 1977, citado por Alonso, 2000).

Sin embargo, en el momento en que se plasmó la libre elección de afiliados ni la salida estaba tan proscripta, ni la voz pudo ser del todo efectiva. En primer lugar, porque el sistema de Obras Sociales argentino debe ser considerado como un monopolio imperfecto, en el que muchos beneficiarios disconformes con la atención de su salud optaron debieron concurrir al Hospital Público por no poder hacer frente a los co-pagos u optaron por afiliarse a una prepaga. En segundo lugar, y dado el diseño del sistema, centrado primordialmente en ser intermediador y financiador de los servicios de salud en vez de prestador directo, es difícil ejercer el derecho a la voz: si se llega a aplicar como protesta se efectiviza ante el prestador directo antes que sobre la Obra Social de pertenencia. En tercer lugar, la presencia sindical en la organización del sistema de Obras Sociales ha contribuido de manera ambigua al ejercicio de la voz de los beneficiarios, ya que sus mecanismos democráticos de elección de autoridades tienen poco en cuenta la opinión de los usuarios de las obras sociales (Alonso, 2000).

#### Marco regulatorio

El análisis de los aspectos legales que rige a las Obras Sociales define, en el artículo 2 de la ley 23660, a las Obras Sociales Sindicales como carácter de sujeto de derecho privado, ratificado luego con el decreto 492/95.

En una primera fase, y mediante el decreto 1141/96, se decidió que la competencia solamente alcanzara a los afiliados de las Obras Sociales Sindicales. El decreto 84/97 estableció que los beneficiarios podían cambiar de entidad una vez al año. Se instituyó además la obligación de permanencia en la entidad de origen por un año para nuevos trabajadores que iniciaran una relación laboral. Por otra parte, la Obra Social receptora estaba obligada a brindar sólo el PMO a los nuevos afiliados, mientras que podían seguir brindando planes superadores a sus afiliados originales.

Las resoluciones iniciales sobre libre elección estipulaban que las personas que optaran por otra Obra Social se llevarían a la nueva entidad el promedio de aportes de la Obra Social

original. Este mecanismo era casi impracticable, ya que el promedio de aportes de una Obra Social es un valor variable en función del nivel de actividad de la economía y de la morosidad de los empleadores. Además, el traspaso de afiliados de una Obra Social a otra haría de los promedios un valor imposible de determinar (Montoya, 1998).

En enero de 1997 se anuló el aporte promedio de la Obra Social de origen y se estableció que las personas que optaran por otra Obra Social se llevarían consigo el porcentaje de su salario. Otro requisito para optar por un posible cambio de entidad fue que el trabajador debía percibir un ingreso superior a \$240 por mes. La CGT reclamaría entonces un nuevo criterio de distribución de los subsidios del FSR. El gobierno finalmente cedió a estas demandas, previa aprobación del Banco Mundial, y estableció que los subsidios se distribuyeran por grupo familiar y no por afiliado a fin de compensar a la Obra Social por el ingreso de beneficiarios con bajos salarios y grupo familiar numeroso.

El Decreto 504 del año 1998 estableció que, a partir de mayo, los traspasos se efectuaran ante la Obra Social elegida por el afiliado. Además, no suspendió el sistema de traspasos anterior hasta el funcionamiento del nuevo mecanismo, tal como lo había pedido la CGT. La creación de una Comisión Consultiva conformada por representantes de varias Obras Sociales, que se encargaría de recomendar la aprobación o rechazo de las solicitudes de traspasos, concitó la inmediata prevención de distintos actores que percibieron en ésta una oportunidad para que los sindicatos trabaran los cambios entre obras sociales (Alonso, 1999).

En las resoluciones emitidas por la Superintendencia de Salud no se advertía información explícita con respecto a los convenios con la medicina pre-paga en particular, pero se encuotraban posturas contradictorias en su análisis. A partir del año 1997 nuevamente se instrumentaba la modalidad legal a posteriori: el dictado de resoluciones que trataban de resolver en la práctica acuerdos producidos por la desregulación, convalidando hechos ya sucedidos más que previendo cuestiones que van a suceder.

Ejemplo de ello son algunas resoluciones, como la 25/98, que decía en su artículo 3° *“cuando las Obras Sociales publiciten la atención de sus beneficiarios a través de otros agentes del Seguro de Salud deberán poner en conocimiento de la SSS los convenios que hubieran suscripto con ellos”*. Implícitamente se acepta la participación de las empresas en la publicidad.

Posteriormente, por resolución 194/98 (19/11/98) se derogó esta norma y se reemplazaba por otra que en sus considerandos indicaba: *“Que es necesario dictar a tales fines pautas*

*específicas acerca de la publicidad, promoción y difusión de servicios, dada la importancia determinante que la misma ejerce al tiempo de la toma de decisión del beneficiario/usuario” y resuelve, en su Anexo I, Capítulo 1, punto 3 referido a Normas sobre publicidad que la publicidad, promoción y difusión de servicios de Obras Sociales deberá ser desarrollada directa y exclusivamente por la Obra Social no pudiendo los prestadores, empresas, gerenciadore, entidades o grupos vinculados directa o indirectamente con la Obra Social efectuar esta actividad”. Por lo tanto, prohíbe la publicidad, pero implícitamente acepta su existencia.*

La resolución 196/98 de la misma fecha reglamentaba los contratos a celebrar por las Obras Sociales en sus prestaciones. En el Anexo I de la misma - Guía para los contratos con prestadores-, en su punto 1.1.7, indica “...los prestadores que contraten a través de un tercero con la Obra Social, podrán hacerlo únicamente constituyendo una sociedad con aquél o una UTE en el caso de tratarse de dos o más personas jurídicas”.

Finalmente, la resolución 198/98 de la misma fecha dejaba en claro, en su artículo 1, que “las Obras Sociales podrán celebrar contratos relacionados con servicios de prestadores, concesionarios, gerenciadore u otras formas de administración...”. En el Anexo III sobre Gerenciadore definía:

*“Se entiende por gerenciador aquella persona física o jurídica a quien la OS le otorga su administración...su actividad la debe desarrollar en la sede de la OS. El gerenciador no puede ser prestador ni estar relacionado o vinculado con el/los prestadores que contraten con la OS. El personal contratado por el Gerenciador es de exclusiva responsabilidad del mismo y se encuentra desvinculado laboralmente del Agente del Seguro de Salud”.*

Las primeras resoluciones del año 1999 estaban centradas en una intensa auditoría que intenta controlar los convenios suscriptos. Pero era bajo el amparo de estas resoluciones que las empresas de medicina pre-paga pactaron con las Obras Sociales. De hecho, los responsables de dichas empresas reconocían la ausencia de un marco jurídico que las proteja plenamente: “las pre.pagas decidieron entrar por la ventana del sistema porque no se les permite entrar por la puerta”<sup>1</sup> y negociaron con los sindicatos dos tipos de acuerdos: a) de transferencia del aporte a la pre-paga y b) de gerenciamiento directo de la Obra Social por la pre-paga. El primer tipo era el más común ya que la Obra Social recibía el aporte del afiliado y transfería una parte a la pre-

---

<sup>1</sup> Claudio Belocopit, titular de Swiss Medical (*La Nación*, 7/5/98).

paga que se encarga de brindarle los servicios médicos. En ese sentido los responsables de ADEMP sostenían que “*la clave para que esta alianza sea rentable es que el trabajador tenga un ingreso medio-alto. La Obra Social se queda con una comisión y la prepaga aumenta su negocio*” (Conferencia del Presidente de ADEMP, P. Giordano, en las VIII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, 1999).

¿Es posible la equidad?

El derecho a la información y el nivel de ingresos constituyen dos variables centrales para estudiar la equidad en el proceso de libre elección. A fin de transmitir las características del nuevo decreto de libre elección, el Gobierno mejoró el marco para su implementación, apoyando económicamente -a través del Programa del Banco Mundial- las campañas publicitarias en los medios de comunicación para informar a la población sobre su derecho de elegir entre Obras Sociales.

La difusión de esta medida se evaluó a través de encuestas de opinión pública realizadas por consultoras<sup>2</sup> durante los años 1996 a 1998. Se demostró que una amplia mayoría de la población entrevistada (entre un 73% y un 90%) apoyaba la libertad de elección. La encuesta realizada por SEL informaba que una elevada proporción de los entrevistados que apoyaban la libre elección, creían que debían poder elegir no sólo a obras sociales sindicales o estatales, sino también a empresa de medicina prepaga (Kritz, 1996).

Una primer medición sobre posibilidad de cambio de entidad, fue efectuada por la consultora Azzariti a fines de 1996 y entrevistó a 1006 beneficiarios de Obras Sociales. Los resultados mostraron que algo más de un tercio de los entrevistados tenía una alta predisposición al cambio de Obra Social. Sin embargo, una elevada proporción (75%) dijo no saber aún por qué Obra Social optaría, una cuarta parte no había pensado en el tema y al resto no se le ocurría cambiar de entidad (Cuadro N° 1).

---

<sup>2</sup> Consultoras: Carlos Azzariti y Asociados según información en diarios *Clarín* y *La Nación* proveniente de Consultora Claves y Estudio Mora y Araujo, Noguera y Asociados. División de Estudios Laborales bajo la dirección de Ernesto Kritz.

Cuadro N° 1 - Predisposición de la población al cambio de Obra Social. 1996-1998. En porcentajes

Consultoras/Fuentes	C.Azzariti		Claves Año 1998 (***)	SEL Año 1998 (****)
	Año 1996 (*)	Año 1997 (**)		
Nada predispuesto (permanecerá en su Obra Social)	39	48	63	58
No se le ha ocurrido pensar en ello	26	29	23	28
Alta predisposición al cambio (Tratará de cambiar)	35	23	14	14
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: (\*) Diario *La Nación* (Enero 1997); (\*\*) Diario *La Nación* (marzo 1998).  
(\*\*\*\*) Diario *La Nación*, enero de 2001.

A mediados de abril de 1997 la misma consultora realizó una segunda medición y en ella se advertía que aumentaba el deseo de permanencia y disminuía la predisposición al cambio. De todas maneras, sobre una muestra de 1009 personas en el Área Metropolitana (Capital Federal y Conurbano de Buenos Aires), se estableció que 60 entrevistados (6% sobre el total) ya habían efectivizado el cambio. Ese grupo estaba compuesto por hombres de 21 a 49 años sin familiares a cargo y de nivel socioeconómico medio y alto. Las nuevas entidades a las que migraban tenían, en su mayoría, convenios con empresas de medicina pre-paga. La razón primordial para efectuar el cambio fue obtener una mejor calidad de las prestaciones médicas, aduciendo deficiencias organizativas.

La composición sociodemográfica del resto de los entrevistados que no migró de Obra Social (94%), tenía edades entre los 30 y los 59 años, residencia en el Conurbano de Buenos Aires, con una antigüedad en la afiliación entre los 4 y los 14 años y contaba con dos o más miembros del grupo familiar cubierto por la Obra Social. Mientras que las personas de mayor edad permanecieron porque se sentían conformes, los más jóvenes se quejaron de la falta de información para decidir un cambio. Dos tercios de los encuestados que usaban más frecuentemente los servicios de salud de su Obra Social (65%) tenían una valoración más positiva sobre la misma (Diario *La Nación*, 16/3/98).

Estos resultados marcaban un cambio en el conocimiento de los beneficiarios, imponiendo en la agenda de los medios el tema de la libre elección. A pesar de ello, la predisposición efectiva

al cambio por parte de la población beneficiaria aparecía con niveles bajos de aceptación. En la decisión de cambiar de entidad se dirimen aspectos que van más allá de la mera información: el desconocimiento sobre las prestaciones médicas ofrecidas y los temores hacia el cambio deben haber influenciado ya que disponer de cobertura médica es, sin duda, un valor altamente apreciado que otorga un mayor nivel de seguridad y confianza frente a las necesidades de salud.

Las mediciones de las Consultora Claves y SEL de 1998 y 1999 continuaron mostrando una elevada aceptación (más del 70%) hacia la libre elección del prestador, aunque se acentuaba la menor predisposición al cambio de Obra Social (Diario Clarín, 16/4/98 y Diario *La Nación*, 15/5/1999).

Los estudios sobre satisfacción con el uso de Obras Sociales entre beneficiarios, encarados por la Superintendencia de Servicios de Salud en 2002 y llevados a cabo en la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano de Buenos Aires mostraban que, aproximadamente, el 82% de los usuarios que utilizaron algún servicio de salud, lo evaluaba como excelente (11%), muy buena (30%) o buena (41%). Estas cifras se mantenían a lo largo de los años 2003 y 2004 (Torres, 2004).

¿Quiénes optaron por otra entidad?

Desde el inicio del proceso de reconversión (mayo de 1997) hasta fines de 2003 se produjeron 1.030.104 cambios de Obra Social, cifra que representaba casi el 10% del total de beneficiarios con derecho a opción. Hay que tener en cuenta que la unidad de análisis es la opción de cambio, ya que un mismo beneficiario puede volver a cambiar de entidad una vez por año.

Cuadro N° 2 – Evolución del uso de opciones de cambio de Obra Social.1998 a 2003. En porcentajes

Año	Porcentaje de Beneficiarios que optaron por otra Obra Social
1998	9,4
1999	15,5
2000	16,4
2001	19,2
2002	21,6
2003	17,9
TOTAL	100,0 (1.030.104)

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Torres (2004).

Esta distribución refleja que al inicio, la decisión de cambiar de Obra Social asomaba incipientemente y se fue incrementando con el paso del tiempo. Durante 2001 y 2002 aumentaron las opciones (casi el 40% del total de cambios), tal vez debido a la crisis socioeconómica y financiera por la que atravesó el sistema de Obras Sociales (Cuadro N° 2).

La distribución espacial de las opciones en ese período exhibía una elevada concentración en la provincia de Buenos Aires y en Capital Federal, que mostró que las dos terceras partes de los traspasos se registraron en antes de los 40 años (Torres, 2004).

Los temores de pases masivos no se han cumplido, ya que el total de opciones fue relativamente bajo con respecto al padrón total de beneficiarios. En este caso estaba triunfando una tercera alternativa en la relación de los usuarios con su organización: en vez de la salida o la voz, primó la lealtad a la organización (Hirschmann, 1977, citado por Alonso, 2000).

¿Cómo incide el nivel de ingresos de los que cambiaron de entidad? Al relacionar la cantidad de opciones con el ingreso promedio de los beneficiarios resaltaba que más de la mitad de los que migraron percibían ingresos mensuales de más de \$ 750. También se advierte que un 47% de los que optaron por otra Obra Social percibían salarios más bajos (de hasta \$ 750), dato que podría indicar que el mecanismo de descreme o selección adversa no fue tan pronunciado (Cuadro N°3).

Cuadro N° 3 – Beneficiarios que optaron por otra Obra Social según su ingreso mensual 1998-2003. En porcentajes

Ingreso mensual de los beneficiarios que ejercieron la opción de cambio de Obra Social	Porcentaje
Menos de \$ 500	22,5
De \$ 500 a \$750	23,5
De \$ 751 a \$ 1000	17,6
De \$ 1001 a \$ 1500	18,7
De \$ 1500 \$ 2000	7,9
Más de \$ 2000	9,8
TOTAL	100,0

Fuente: Torres. (2004).

Sin embargo, si se analiza el porcentaje de opciones al interior de cada tramo de ingreso de los beneficiarios del sistema, se advierte claramente que aquellos que más ganaban son los que decidieron cambiar de entidad.

Cuadro N° 4 – Beneficiarios que optaron por otra Obra Social en cada tramo de ingreso mensual 1998-2003. En porcentajes

Tramos de Ingreso mensual de los beneficiarios del sistema de Obras Sociales	Porcentaje de beneficiarios que optaron por otra obra social
Hasta \$ 500	13,7
De \$ 500 a \$750	25,8
De \$ 751 a \$ 1000	30,0
De \$ 1001 a \$ 1500	83,4
De \$ 1500 \$ 2000	37,8
Más de \$ 2000	37,8

Fuente: Torres (2004).

El interés por el cambio de entidad fue más acentuado entre los beneficiarios titulares que ganaban de \$ 1000 a \$ 1500 y así se demuestra el nivel de descreme en el proceso de libre competencia, al incentivarse la migración de la población de altos ingresos. Este escenario contribuye además a elevar el desfinanciamiento del sistema, motivado por la migración de afiliados con elevados salarios. (Cuadro N° 4)

Esta tendencia ya era perceptible desde los primeros cambios ocurridos en 1997: en ese momento, el aporte per cápita de los traspasados era un 60% superior al promedio del sistema y las cifras de la Superintendencia de Servicios de Salud del año 1998 confirman la misma tendencia. Un estudio del IEERAL a través de información de la Dirección General Impositiva (que contenía datos sobre los afiliados a obras sociales y los traspasos producidos) determinó a nivel micro quiénes se mudaban de entidad. Las variables elegidas como determinantes de la probabilidad de cambio resultaron ser la ausencia de pareja e hijos y una elevada remuneración mensual (Montoya, 1998).

La configuración del perfil ideal de los que tendían a realizar opciones podía conformarse por personas sin grupo familiar a cargo, de mayor educación y nivel de ingresos y que, en general, usaban en menor medida los servicios de salud. Lamentablemente, no existen datos sobre el riesgo de enfermar de la población que ha migrado, que constituía la “crema” del negocio para el sector privado en conjunto con algunas Obras Sociales (Mercer, 1997). Aunque la apertura del mercado iba a ser gradual, ya que se dejaba inicialmente fuera de la competencia a las empresas de medicina pre-paga, las Obras Sociales lograron asociarse con ellas para captar afiliados que ya contaban con una doble cobertura<sup>3</sup>.

#### Un balance de la libre elección desde las Obras Sociales

¿Cuál ha sido el resultado de la libre elección por tramos de tamaño de Obras Sociales hasta mayo de 1999? Sobre 218 Obras Sociales consideradas, 79 entidades han tenido un saldo positivo como resultado de la libre elección, entre éstas, 51 entidades concentraban hasta 10.000 afiliados. En términos absolutos, las Obras Sociales de mayor tamaño fueron las que más afiliados perdieron y las entidades con menor población (chicas y pequeñas) se vieron beneficiadas con mayores ganancias. Este conjunto de Obras Sociales era el que estaba en la mira de una reestructuración más inmediata: por su tamaño estaban impedidas a acceder a los créditos del Banco Mundial, se las motivaba a fusionarse o asociarse y, por último, eran las que más pérdidas o cierres habían tenido durante el período 1997-99. Pese a estas trabas, fueron las que han ideado mejores estrategias de supervivencia ya que han suscripto convenios con las pre-pagas

---

<sup>3</sup> El beneficio de la libre elección es más atractivo para aquellos afiliados que poseían doble cobertura (Obra Social y pre-paga) pues migraban a la Obra Social que tenía convenio con la pre-paga, y así dejaban de pagar la cuota correspondiente a un seguro privado.

y han hecho una importante campaña para ganar más afiliados (Findling, Arruñada y Klimovsky, 2000).

Al analizar las 10 Obras Sociales que obtuvieron los mayores saldos positivos se observa que entre las primeras 6 se registró casi el 52% de los pases. Algo similar ocurre con las bajas: el 50% se concentraba entre las primeras 6 entidades con saldos negativos. (Cuadro N° 5)

Cuadro N° 5 – Las diez Obras Sociales según el mayor número de traspasos (altas) y el mayor número de bajas. En porcentajes – 1997-2003

Obra Social	ALTAS		BAJAS	
	Porcentaje de traspasos	Ranking	Porcentaje de bajas	Ranking
Automóvil Club Argentino	14,2	1	-	-
Obra Social del Personal de Organismos de Control Externo (OSPOCE)	8,4	2	-	-
Unión del Personal Civil de la Nación (UP)	7,7	3	2,2	10
OSECAC	7,4	4	25,0	1
Comisarios Navales	7,2	5	-	-
Seguros	6,8	6	-	-
Personal de las Actividades del Turf	5,0	7	-	-
Obra Social del Personal Jerárquico	3,6	8	-	-
Petroleros	3,4	9	-	-
Cerveceros	2,7	10	-	-
Bancarios	-	-	6,7	2
UOM	-	-	5,0	3
Sanidad	-	-	5,0	4
OSPLAD	-	-	4,4	5
OSPRERA (Pers. Rural y Estibadores)	-	-	3,9	6
OSDOP (Docentes Particulares)	-	-	3,3	7
OSPEDyC (Entidades Deportivas y Civiles)	-	-	3,0	8
Alimentación	-	-	2,6	9

Fuente: Torres (2004).

De la lectura de este cuadro se desprende que las Obras Sociales con mayores saldos negativos fueron aquellas con más de 100.000 afiliados y que, además, tendían a ser las más pobres en cuanto a su ingreso mensual per cápita.

En cambio, la mayoría de las entidades que han ganado en pases, tenían escasa concentración de beneficiarios, pero mayor ingreso per cápita mensual. Estas entidades son las que han efectivizado acuerdos con empresas de medicina pre-paga y propiciaron el descreme.

Así, la Obra Social del Automóvil Club (que encabezaba el orden de mayor captación de afiliados) efectivizó convenios con AMSA, Galeno y TIM. OSPOCE, en cambio, estableció convenio con Swiss Medical. OMINT, Qualitas y los hospitales Británico, Alemán e Italiano; la Obra Social de Comisarios Navales y la de Seguros acordó con OSDE, el personal de Turf lo hizo con Sancor Salud y con Swiss Medical y las Obras Sociales de Petroleros y Cerveceros firmaron acuerdos con Galeno (Fidalgo, 2008).

La realización de convenios no autorizados entre Obras Sociales y empresas de medicina pre-paga impulsó incluso a OSDO, la Obra Social de las empresas Duperial y Orbea, gerenciada por la prepaga Docthos (del Grupo HSBC Roberts), a solicitar a la Superintendencia de Servicios de Salud que la autorizara a actuar como una obra social abierta. Ese pedido –finalmente no permitido- se basaba en el éxito que lograron dos Obras Sociales por empresa (OSDO y Witcel) durante el primer período de pases, entre enero y abril de 1997: recibieron más de 30.000 afiliados que, junto a sus familias, sumaron unos 90.000 beneficiarios (*Clarín*, 26/1/98).

OSECAC y Unión Personal figuran en ambas columnas, pero la Obra Social de Empleados de Comercio, pese a haber obtenido altas, ha sufrido importantes bajas. Por el contrario, Unión Personal logró un saldo positivo entre altas y bajas a raíz de la creación del Plan Accord como superador del propio Programa Médico Obligatorio. Algunas entidades grandes han contabilizado pérdidas en sus balances financieros, ya que las bajas de afiliados representaban salarios más elevados que las altas. Por ello, OSECAC anunció que se negaba a aceptar afiliados de otras entidades con bajas remuneraciones (*Clarín*, 15/4/98).

Otras Obras Sociales han sufrido bajas a raíz de cambios masivos de afiliados que fueron presionados por los empresarios para optar por un servicio de medicina pre-paga. Tal es el caso de la Obra Social del Personal de la Sanidad (los dueños de los sanatorios que a su vez son dueños de Pre-pagas) y la Obra Social de Bancarios (actual Solidaridad).

La Unión Obrera Metalúrgica sufrió pérdidas no sólo por la migración de afiliados a otras entidades por su creciente desfinanciación y deficiente cobertura de sus servicios de salud sino también por presiones empresarias para que los empleados migraran a entidades que presentaran convenios con empresas de medicina pre-paga. Asimismo, se produjeron acuerdos regionales entre la Confederación de Trabajadores de Argentina (CTA) y dirigentes metalúrgicos de Villa

Constitución para que los empleados titulares migraran a la Obra Social del Personal Aeronáutico (OSPA)<sup>4</sup>.

El balance del período muestra que los beneficiarios del sistema con altos ingresos migraron a otras entidades que poseían convenio con pre-pagas con el expreso consentimiento de las empresas en las que los trabajadores se desempeñaban y este mecanismo destruyó el sistema de subsidios cruzados entre beneficiarios con diferentes niveles de ingreso en el interior de la misma Obra Social (Belmartino, 2006).

Por ello, la única manera de implementar un esquema de libre elección con criterios de mayor equidad sería mediante el diseño de una cápita ajustada por riesgo, para contrarrestar los mecanismos de selección adversa (Alonso, 1999).

Ahora bien, ¿alcanzaba con optimizar la información para favorecer una mejor elección por parte de los beneficiarios del sistema? Además es necesario tener en cuenta la relación entre financiadores y proveedores de servicios, supuestamente librada también a la competencia (Belmartino, 2006).

#### 5.2.2. Programa Médico Obligatorio (PMO)

El PMO se refiere al conjunto de prestaciones esenciales que deben garantizar los Agentes del Seguro a sus beneficiarios. Es de carácter obligatorio para los Agentes del Seguro de Salud, quienes no son meramente financiadores del sistema, sino que, y por sobre todo, son responsables de la cobertura de salud de la población beneficiaria. El PMO comenzó a aplicarse por decreto 247/96 para las Obras Sociales y se extendió a las empresas de medicina pre-paga, que por primera vez establecieron un piso legal de prestaciones mínimas que debían garantizar (Ley 24.754/ 96) aunque su implementación atravesó fuertes resistencias de sus dirigentes.

---

<sup>4</sup> La Obra Social del Personal Aeronáutico no acordó con pre-pagas pero ha encarado una fuerte campaña de adhesión entre los afiliados a la C.T.A. y entre algunos gremios de la C.G.T. (sindicato de textiles, por ejemplo). Ganaron afiliados pero sus dirigentes explicitaron en una entrevista personal que no estaban suficientemente preparados para asumir ese incremento sobre todo en la gestión administrativa y médica (Entrevista efectuada al Coordinador de OSPA, setiembre de 1998).

El Decreto 1615 de 1996 asignaba la responsabilidad de la fiscalización del PMO a la Superintendencia de Servicios de Salud, intentando fortalecer la red de atención primaria a partir de la creación de centros específicos con orientación de médicos de familia.

La creación de la Administración de Programas Especiales (APE), dependiente de la Superintendencia de Salud, se encargó de administrar los subsidios de las Obras Sociales correspondientes a los programas de alta complejidad creados en el marco del PMO (Sida, drogadependencia, discapacidad, diabetes, alcoholismo, transplantes de órganos, medicamentos para hemofilia, prótesis, entre otras), pero la puesta en práctica extendida del paquete provocó un considerable aumento en los gastos de las entidades.

Esta canasta privilegiaba los principios de atención primaria de la salud como una estrategia de organización de los servicios sanitarios y los programas de prevención. Debía cubrir, entre otros, el Plan Materno Infantil, los programas de prevención del cáncer en las mujeres, odontología, atención secundaria, salud mental, internación y descuentos en medicamentos.

Muchas entidades debieron extender y mejorar la oferta de prestaciones, pero otras que superaban dicho piso mínimo, pudieron ajustar su oferta hacia abajo y arancelar de modo diferencial sus servicios, favoreciendo una mayor fragmentación entre los afiliados que podían acceder a servicios de mayor calidad en base a un mayor aporte al sistema (Pentito, 2003).

Varias prestaciones garantizadas por el PMO original no respondían a criterios de costo-efectividad ni de ajuste de la cobertura en base a un análisis de prioridades y sólo constituían un listado de procedimientos disponibles en el mercado (Torres, 2004). Por otra parte, se afectaba la provisión de servicios: cada gerenciadora tenía un valor diferente para el PMO, dependiendo éste no sólo de la voluntad del proveedor, sino también, entre otros motivos, de los incentivos para regular la conducta prescriptiva; del grado de aceptación de los profesionales y de los recursos humanos y tecnología (Belmartino, 2001).

Las autoridades lograron dar cumplimiento del PMO en su control sobre la homogeneidad cuantitativa, generando estrategias de selección adversa por la proliferación de planes diferenciales que devalúan cualitativamente el conjunto estándar de beneficios (Alonso, 1999).

La profundización de la crisis en el año 2000 y el fin de la convertibilidad ajustaron aún más los beneficios de este paquete, no pudiendo garantizar el acceso a los servicios estipulados por parte de Obras Sociales y empresas de medicina pre-paga.

En ese contexto, se aprobó un nuevo PMO de emergencia (PMOE), algo más sustentable que el anterior. La creación del PMOE redujo el porcentaje de cobertura en medicamento y prácticas especializadas destinadas especialmente a personas mayores. Además se modificó el financiamiento de las Obras Sociales incrementando la contribución patronal del 5% al 6%.

### 5.2.3. Reformas en el Fondo Solidario de Redistribución (FSR)

El FSR dependía de la Superintendencia de Salud (ex ANSSAL). El Ministerio de Economía procedía a transferir a las Obras Sociales los fondos para: a) asegurar que las entidades fueran capaces de financiar el PMO para todos sus beneficiarios, b) financiar programas especiales o atenciones costosas de alta complejidad y, c) sostener financieramente con préstamos y subsidios a las entidades con problemas económicos que lo solicitaran. Además debía sostener la estructura de la Superintendencia de Servicios de Salud y de la Administración de Programas Especiales.

La forma en que se ha distribuido históricamente el FSR ha estado lejos de solucionar el problema de desigualdad de ingresos por beneficiario entre obras sociales. A partir de la implementación de la desregulación, se intentaron eliminar los subsidios encubiertos que se otorgaban en forma discrecional a determinadas Obras Sociales sindicales y enfocar su uso exclusivamente para mejorar la equidad y mitigar el riesgo de selección adversa.

Para evitar que las Obras Sociales con beneficiarios de bajos ingresos y alto riesgo dejaran de brindar a sus beneficiarios la cobertura del PMO se modificaron algunos mecanismos de redistribución del FSR. Así, en 1995, y como parte de la estrategia que se estaba discutiendo con las autoridades del Banco Mundial, se realizó una redistribución automática que aseguraba un mínimo de pago mensual de \$40 por cada titular con sus familiares. El FSR compensaba automáticamente a las Obras Sociales por la diferencia, en el caso que el monto de la contribución de sus afiliados no llegara a cubrir ese mínimo mensual.

En una segunda fase, se intentó introducir el tamaño de la familia como criterio adicional para mejorar la equidad. El pago mínimo de \$ 40 para el titular con su familia, independientemente de su tamaño, no contemplaba la situación de las familias numerosas. Por ello, en 1998 se aprobó un decreto que aseguraba un mínimo de cobertura mensual de \$ 22,40 por cada titular y \$11,50 para cada familiar dependiente. Este decreto fue, sin embargo suspendido en

1999 a raíz de la presión ejercida por los gremialistas. El cambio en el criterio de distribución provocó alteraciones en el destino, la cantidad de fondos y la estabilidad financiera de aquellas entidades que estaban brindando cobertura a familias de bajos ingresos.

La distribución de los subsidios a las Obras Sociales por parte del FSR (estudio realizado por IIERAL) mostraba claramente que, antes de 1995, las entidades de menores ingresos mensuales per cápita eran las más perjudicadas en la distribución, mientras que las Obras Sociales más ricas recibían más subsidios para equipamiento o para sanear deudas. A partir de 1995 se demostraba que el mecanismo de redistribución se hizo algo más transparente en las transferencias y ayudó a una mayor previsibilidad financiera por parte de las Obras Sociales, dado que podían planificar mejor sus operaciones, incrementándose la fórmula base de redistribución automática de fondos a las entidades de menores ingresos (Montoya, 1998).

Sin embargo, el manejo discrecional en el área de Programas Especiales y en el otorgamiento de fondos para el sostén financiero de algunas Obras Sociales fue muy cuestionado por la ingente suma dedicada a esos rubros. En efecto, el cuadro N° 6 muestra que los recursos para asistencia financiera alcanzaron a más de la mitad (56%) de las asignaciones entre 1998 y 2001, muchos de ellos concentrados en unas pocas entidades, mientras que los subsidios para prestaciones médicas fueron relegados a un segundo plano. En el año 2002 disminuyó abruptamente el rubro de asistencia financiera, pero éste lamentablemente ha desaparecido por poco tiempo, ya que se ha vuelto a incrementar en los años subsiguientes.

Cuadro N° 6. Asignación de recursos del FSR a través de la APE. 1998-2002. En porcentajes

Año	Subsidio/reintegro por prestaciones	Subsidio por asistencia financiera	TOTAL
1998	45,75	54,25	100 (\$82.579.904,00)
1999	33,69	66,31	100 (\$137.292.931,05)
2000	46,89	53,11	100 (\$95.588.353,64))
2001	54,04	45,96	100 (\$392.293.188,69)
2002	100,00	--	100 (\$117.864.086,40)

Fuente: Torres (2004).

#### 5.2.4. Programa de Reconversión de Obras Sociales

El proyecto de Fondos de Reconversión (FROS) subsidiado a través del Banco Mundial tendía a mejorar la viabilidad técnica y financiera de las Obras Sociales sindicales. Los objetivos se centraron en: 1) reconvertir deuda de las entidades a través de préstamos a largo plazo; 2) equilibrar la infraestructura de recursos humanos y físicos a través de la reducción de personal y venta de establecimientos sanatoriales subutilizados y 3) implementar actividades de desarrollo institucional para mejorar los servicios de salud, optimizar el desarrollo organizativo y estratégico, capacitar a los recursos humanos y crear eficiencia en los sistemas de información y comunicación.

El Banco Mundial aprobó el préstamo de U\$S 350 millones (4002-AR y 4003-AR) en abril de 1996 para el PAMI y las Obras Sociales Sindicales. La contrapartida del gobierno ascendía a U\$S 400 millones<sup>5</sup>, sumando un total de U\$S 750 millones, que demoró en completarse y por lo tanto trabó el normal desenvolvimiento del Programa<sup>6</sup>.

Las Obras Sociales debían aprobar un criterio mínimo de precalificación, preparar un plan de reconversión y ponerlo a consideración para su aprobación a un Comité Supervisor que estaba dirigido por el Secretario de Salud del Ministerio de Salud de la Nación e incluía a los Secretarios de Jefatura de Gabinete de Ministros y del Ministerio de Economía.

Para que este préstamo de reconversión fuera aprobado, las Obras Sociales debían cumplir con los siguientes requisitos: a) tener más de 10.000 beneficiarios b) cumplir con las regulaciones de la Superintendencia de Servicios de Salud; c) haber aprobado las etapas de pre-calificación y calificación, y d) demostrar y aceptar capacidad de repago del préstamo a través de una retención mensual automática de la Administración Federal de Ingresos Públicos.

El monto máximo de los préstamos a las Obras Sociales no debía superar el equivalente a tres meses de recaudación. El plazo de amortización del préstamo fue a 12 años, con un período de gracia hasta fines de 1999 con una tasa de interés del 3.75% anual.

Las Obras Sociales que se presentaron para aprobar el programa de reconversión fueron 90, de las cuales 55 precalificaron, pero sólo 30 entidades alcanzaron definitivamente los criterios

---

<sup>5</sup> Los fondos de contrapartida incluían U\$S 210 millones de transferencia en efectivo a los fondos de reconversión para las Obras Sociales y U\$S 190 millones de cancelación de deuda para el INSSJP.

<sup>6</sup> De los U\$S 210 millones comprometidos por el Gobierno, hasta el año 2000 sólo se ha desembolsado el 60%.

para ser incluidas. El total de beneficiarios de estas 30 Obras Sociales cubría a casi 5 millones de personas. El monto total insumido para el préstamo de Obras Sociales fue de \$ 257 millones, del cual el 85% fue ejecutado hasta el año 1999, restando un 15% para ejecutar durante el año 2000. La distribución del préstamo según los componentes se detalla en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 7 – Distribución según componentes del préstamo para Obras Sociales 1997. En porcentajes

COMPONENTE	Distribución según rubros
Fortalecimiento	32
Reconversión de personal	15
Saneamiento financiero	53
TOTAL	100 (\$ 257.000.0000)

Fuente: Vidart, 1997.

Algo más de la mitad del monto del préstamo se asignó al saneamiento financiero de las deudas prestacionales en las que hubieran incurrido las instituciones. Un porcentaje menor se utilizó para adecuar la planta de personal a las nuevas condiciones de operación frente a la libre elección de los beneficiarios y el resto se destinó al fortalecimiento institucional, mediante la dotación de capacidades gerenciales y de gestión, el equipamiento adecuado y el desarrollo de sistemas de información y auditoría, a fin de optimizar la prestación de servicios de salud. Si se analizan las órdenes de pago emitidas hasta 1997, se ve que, en la práctica y en una primera etapa, el monto destinado a saneamiento financiero (63%) y para reconversión de la planta (26%) fue mayor que el previsto (Vidart, 1997).

Del total de entidades pre-calificadas, la mayoría estaba operando con déficit, elevado nivel de endeudamiento a proveedores, aunque esa deuda no estaba vinculada al promedio de ingreso per cápita. La información disponible hasta 1999 (Vidart, 1997, Schwab y Uribe, 2003) sobre el funcionamiento del Programa muestra que sobre 25 Obras Sociales evaluadas, se han disminuido deudas en un 25% .

A la mayoría de las Obras Sociales se les requirió reducir recursos humanos, tanto administrativos como médicos, disminuir contratos de servicios externos y modificar la escala de salarios y contratos. Se estima que cerca de 5.000 personas fueron despedidas del conjunto de

Obras Sociales insumiendo cerca de \$ 57 millones para dicho componente. El resultado mostró que el promedio de costos administrativos ha bajado cerca del 42%. También se ha modificado el pago de servicios: de prestaciones se pasó predominantemente a la modalidad de pago por cápita, por módulo o por una cantidad fija de servicios.

En el caso de los medicamentos, se les requirió a las Obras el uso de listados de drogas esenciales con pago a proveedores per cápita y la implementación de campañas de información sobre vademecum para médicos de familia y pacientes.

Por otra parte, se han introducido cambios en el modelo del cuidado de la salud. La mayoría de las Obras Sociales debían extender y mejorar sus coberturas médicas para cumplir con los estándares de beneficios de salud (PMO) a todos los beneficiarios y gastar por lo menos el 80 por ciento del total de los ingresos en cobertura médica. Además, se intentó fortalecer la atención primaria de la salud creando centros específicos con orientación de médicos de familia y se aconsejó revalidar normas de calidad para los proveedores, mejorando los sistemas médicos de auditoría. Asimismo, se instó a renegociar los contratos con los proveedores para asegurar la cobertura del PMO a todos los beneficiarios de cada Obra Social y a delimitar el adecuado uso de los co-pagos de acuerdo a la ley y la protección por mala praxis.

El fortalecimiento de la capacidad organizativa y administrativa de las Obras Sociales se efectuó a través de la contratación de firmas consultoras que además se encargaban del entrenamiento del personal. La optimización de sistemas de control y monitoreo a través de medios magnéticos logró contar con un sistema de información más adecuado para los beneficiarios, creando mejores redes de comunicación y marketing.

Para el Banco Mundial, la evaluación del Programa resultó satisfactoria en una primera etapa, ya que el préstamo fue desembolsado en su totalidad y sólo dos de las 30 Obras Sociales tuvieron problemas para su ejecución. En un informe de 2003, se considera que “los avances obtenidos fueron apenas parciales ya que las Obras Sociales bajo el programa de reforma no mejoraron de manera significativa su desempeño frente al conjunto de las entidades y aún persisten desequilibrios financieros y de servicios” (Schwab y Uribe, 2003).

A fin de evaluar algunos indicadores a partir de la implementación del Programa, se procedió a comparar las Obras Sociales reconvertidas con las no reconvertidas.

Cuadro N° 8 – Comparación de Obras Sociales bajo programa de reconversión y Obras Sociales no reconvertidas según cantidad de beneficiarios. 1999. En porcentajes

Tipo de Obra Social	TAMAÑO SEGÚN CANTIDAD DE BENEFICIARIOS					
	HASTA 10.000 benef.	10.000-25.000 benef.	25.000-50.000 benef.	50.000-100.000 benef.	MÁS DE 100.000 benef.	TOTAL
Obras Sociales bajo Programa de Reconversión	0,8	13,5	10,5	47,1	45,8	13,8
Obras Sociales no reconvertidas	99,2	86,5	89,5	52,9	54,2	86,2
TOTAL	100 (121)	100 (37)	100 (19)	100 (17)	100 (24)	100 (218)

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Salud, 1999.

Casi la mitad de las Obras Sociales de mayor tamaño (de 50.000 a 100.000 afiliados y más de 100.000 beneficiarios) han adherido al Programa (Cuadro N°8). Este porcentaje decrece significativamente entre las entidades que nucleaban hasta 25.000 afiliados. Los gremios de Alimentación, Bancarios, Ferroviarios, Gastronómicos, Gráficos, Empleados de Comercio, Seguros, Docentes y Construcción fueron algunas de las entidades que obtuvieron el préstamo.

Cuadro N° 9 - Comparación de Obras Sociales bajo programa de reconversión y Obras Sociales no reconvertidas según cantidad de beneficiarios y relación de beneficiarios activos. 1999. En números absolutos y porcentajes

Obras Sociales según Programa de Reconversión	Cantidad de beneficiarios	Porcentaje de beneficiarios	Porcentaje de Beneficiarios. activos /población total
Reconvertidas (30)	4.895.012	49,45	87,7
No reconvertidas (188)	5.004.827	50,55	93,1
Total	9.899.839	100,00	--

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Salud, 1999.

Ambos universos (Obras Sociales reconvertidas y no reconvertidas) concentran similares porcentaje de población cubierta. Dado que las entidades bajo programa agrupaban mayor población, el número medio de beneficiarios tendía a ser más elevado. Las Obras Sociales adheridas al FROS poseían un porcentaje menor de beneficiarios activos en comparación con las no reconvertidas (Cuadro N° 9).

Cuadro N° 10. Comparación entre Obras Sociales bajo programa de reconversión y no reconvertidas según Indicadores de Cobertura prestacional. 1999. En números absolutos y porcentajes

Obras Sociales	Consultas anuales por beneficiario.	Porcentaje de Consultas en servicio propio	Egresos anuales por 100 beneficiarios	Con plan superador del PMO
Reconvertidas	3,6	16,1	8,3	22%
No reconvertidas	3,7	13,2	8,9	16%
N total	201	211	199	214

Fuente: elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Servicios de Salud, 1999.

En cuanto a las consultas y egresos anuales no se observan diferencias significativas entre las entidades. Si bien el porcentaje de consultas en servicios propios era un poco más elevado entre las Obras Sociales adheridas al FROS, fue mínima la proporción de entidades que poseían infraestructura propia en el conjunto del sistema. Las entidades reconvertidas ofrecían un porcentaje algo mayor de planes superadores del PMO en comparación con las que no habían adherido (Cuadro N° 10).

Cuadro N° 11. Comparación entre Obras Sociales bajo programa de reconversión y no reconvertidas según indicadores económico-financieros. 1999. En números absolutos

Obras Sociales según Programa de Reconversión	% Gastos administrativos	% Gastos en Prestaciones Médicas	Egresos p/cápita por prestaciones médicas	Egreso per cápita mensual	Ingreso per cápita mensual
Reconvertidas	11,6	87,0	27,1	31,1	31,3
No reconvertidas	16,0	81,1	28,4	35,1	35,7
N total	211	210	211	211	211

Fuente: elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Servicios de Salud, 1999.

Al comparar ambos universos se advierte que, aunque las Obras Sociales reconvertidas poseían menores ingresos y egresos per cápita mensual, han logrado reducir el porcentaje de gastos administrativos, que ya eran elevados: las previsiones legales señalan un máximo del 8% (Belmartino, 2001). Eso implicó un aumento de los gastos en prestaciones médicas y una mejoría en la relación de egresos per cápita de prestaciones médicas (Cuadro N° 11).

Estos resultados estarían mostrando, para 1999, un cierto avance en la capacidad organizativa y prestacional de las entidades financiadas por el PROS, a pesar de que fueron medidos en un corto período de tiempo muy cercano a la ejecución. A mediano plazo, en 2003, el Banco Mundial ya advertía que las medidas implementadas fueron insuficientes para resolver los problemas estructurales del sector y mejorar su desempeño (Schwab, Uribe y Perez Uribe, 2003). Por otra parte, la primera etapa del Programa no implicaba generación de deuda, que sí se advertía en una segunda etapa, ya que se acrecentó el pasivo de las entidades a raíz de la devolución del préstamo, que alcanzó a triplicar el nivel de recaudación mensual, especialmente entre las entidades con mayor número de beneficiarios.

#### 5.2.5. Eficiencia, regulación y supervisión del sub-sistema

Mediante la Asistencia Técnica del Banco Mundial se pretendía mejorar los mecanismos de control de las Obras Sociales sobre la calidad, cantidad y el costo de los servicios. Así se intentaba avanzar en la actualización del padrón de beneficiarios<sup>7</sup>, evitar elevados montos de honorarios por servicio a proveedores, los incentivos a la sobrefacturación y las ingentes deudas contraídas. Se aspiraba, además, a crear regulaciones de protección al usuario y a mejorar la coordinación en una única autoridad de supervisión (Superintendencia de Servicios de Salud) con adecuados sistemas de monitoreo y control, previa capacitación de los recursos humanos.

¿Cuáles fueron los resultados? El censo de beneficiarios de Obras Sociales fue organizado por la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES), con la limitación de que contenía subregistros importantes de cobertura, tanto en el número total de beneficiarios como en la calidad y cantidad de los datos demográficos. La carencia de conocimientos

---

<sup>7</sup> La ausencia de un padrón de beneficiarios impide el adecuado conocimiento del perfil epidemiológico de la población y la consecuente toma de decisiones para establecer programas preventivos y curativos adaptados a las necesidades específicas de los usuarios.

adecuados para su seguimiento y mantenimiento y la falta de voluntad política por parte de las autoridades de la Superintendencia impidieron trabajar con un efectivo recurso para optimizar el funcionamiento del sistema<sup>8</sup>.

Para la protección al usuario se diseñaron normas regulatorias para la recepción y tratamiento de los reclamos y/o quejas y para los procesos de publicidad, promoción y comercialización de los servicios (se reglamentaron las modalidades y contenidos de la publicidad y se fijaron pautas y requisitos de funcionamiento a ser cumplidos por empresas de promotores).

En relación a la mejora de los derechos de la población beneficiaria, ésta fue moderada en el corto plazo y fue progresando partir de 2003. En una primera etapa las consultas de los beneficiarios se han centrado más en indagar sobre las modalidades de cambio de Obra Social y luego se fueron incrementando los mecanismos para fomentar la presentación de reclamos y quejas, la atención de consultas, la realización de encuestas sobre evaluación de los servicios y creación de una línea 0800.

Para la optimización de los mecanismos de coordinación, la Superintendencia de Salud creó un plan de organización y desarrollo, capacitó a su personal, mejoró la planta de inspectores y auditores (a través de Juntas de Síndicos para efectuar un control de legalidad del funcionamiento de las Obras Sociales, auditando aspectos prestacionales, contables y legales de la operatoria) e implementó numerosas regulaciones para la adecuación del sistema al programa de reforma. Existieron más de cien decretos y resoluciones aprobadas desde 1995 pero muchos de ellos fueron redactados para corregir deficiencias en el funcionamiento no previstas originalmente. La regulación y el control aún hoy son temas pendientes.

Con respecto al proceso de introducción de nuevas formas contractuales, se modificó la modalidad de retribución de las prestaciones: los honorarios por servicios fueron reemplazados por contratos mensuales predeterminados por beneficiario para prácticas ambulatorias, y módulos para la atención en internación. Estos mecanismos generaron innovaciones en la gestión de los contratos: la retribución per capita, la conformación de una red o listado preestablecido de proveedores, excluyendo o limitando la posibilidad de libre elección, el uso de incentivos para formas de pago, la creación de nuevas normas de práctica, de auditorías para provocar conductas

---

<sup>8</sup> En el Censo se han registrado tres millones de empleados contribuyentes y cuatro millones de familiares. Estos datos configuran la base para ser usada por los hospitales públicos autónomos para identificar a aquellos pacientes que están inscriptos en una Obra Social a fin de facilitar la facturación.

prescriptivas limitantes de la cantidad de servicios provistos, un diferente tratamiento de los costos y la necesidad de introducir el concepto de médicos generalistas o de familia para actuar como moderadores de prácticas más costosas (Belmartino, 2001).

### **5. 3. A modo de cierre: el fin de la etapa menemista**

El proceso de desregulación de Obras Sociales quedó semi-congelado al finalizar la etapa menemista dado que ya no se consideraba un tema prioritario en la agenda gubernamental (Repetto, 2002). El sub-sistema de salud quedó preso, como siempre, de un escenario sumamente fragmentado, con distintos actores en puja por defender sus propios intereses.

El análisis de los indicadores macroeconómicos mostró como resultado de la aplicación las propuestas neo-liberales, a fines de 1999, una creciente inestabilidad con desiguales patrones de crecimiento, regresiva distribución del ingreso, índices elevados de pobreza e indigencia y una mayor exclusión social asociada con el desempleo y la precarización laboral.

De todas maneras se intentó descongelar la reconversión a partir de las nuevas reglas impuestas por las autoridades del Ministerio de Salud del gobierno del Dr. De la Rúa, que impuso el ingreso formal de las entidades de medicina pre-paga en la libre elección de obras sociales (Decreto 446/00).

La gestión de la Alianza quiso, en última instancia, concretar resolutivamente la desregulación amplia del régimen de Obras Sociales con la incorporación de las prepagas en la libre elección, cumpliendo así con la exigencia del Banco Mundial en el convenio marco. El instrumento utilizado, tal como se implementó durante el anterior gobierno, fue un decreto de necesidad y urgencia que le restó legitimidad política.

El Ministro de Salud tuvo protagonismo (pero poco éxito) en llevar adelante la nueva propuesta. Uno de los puntos críticos fue el diseño del Plan Médico Obligatorio (PMO) que deberían cumplir tanto obras sociales como prepagas (las que adhirieran), una vez sancionada la desregulación. Su postura fue muchas veces inflexible, mostrando un discurso poco conciliador.

Desde la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) se puso énfasis en la reducción del número de Obras Sociales. Así, se eliminaron los subsidios con el argumento de incrementar el fondo de redistribución y se aumentaron las exigencias de permanencia en el sistema. En este sentido, la gestión de la SSS mostró menor flexibilidad a la hora romper con vínculos

corporativos. También se encararon otras acciones tendientes a mejorar las desigualdades del sistema: incorporación de la opción de cambio de Obra Social al comienzo de la relación laboral (eliminando así el tiempo de permanencia en la Obra Social de origen), modificación de los aportes para el financiamiento del FSR que pasarían a depender en forma progresiva del nivel salarial y mejoras en el ingreso mínimo por beneficiario considerando al grupo familiar en vez del titular, aumentando así la capacidad de pago de las familias numerosas.

La decisión del gobierno de avanzar en la desregulación de las Obras Sociales logró unir en la protesta a las dos centrales sindicales más numerosas (CGT oficial y disidente) y la posición de las prepagas frente a la desregulación fue la de reclamar mejores condiciones que le aseguren mayor rentabilidad.

Pero, nuevamente, la férrea oposición de la dirigencia sindical complicó las aspiraciones del Gobierno: un fallo judicial impulsado por los sindicatos implicó una nueva detención del proceso. Nuevamente, y tal como sucedió en la gestión precedente, se manipulaba a las Obras Sociales para negociar la aprobación de la reforma laboral por la vía legislativa, con la que se intentaba conseguir el salvataje económico o blindaje financiero del Fondo Monetario Internacional (Belmartino, 2000).

Paralelamente al rechazo de las nuevas reglas que se querían imponer por el recurso judicial gremial, aparecen en escena otras propuestas de reforma para el PAMI y las Obras Sociales, de la Fundación Novum Millenium, entidad cercana al Ministro Cavallo, que intentan instalar en la agenda el concepto de subsidio a la demanda.

La salida de la convertibilidad en el año 2001 y la brusca devaluación provocaron una mayor caída en el nivel de salarios, un fuerte aumento de los precios de los productos básicos y un crecimiento de la pobreza e indigencia, que se intentó revertir paulatinamente a partir del 2002.

Las serias deficiencias en el manejo administrativo de los fondos de las Obras Sociales, la grave crisis financiera de las entidades, la necesidad impuesta por la SSS de contar con reservas líquidas correspondientes a un mes de facturación, la elevada evasión de los aportes empresarios y la mayor precarización del trabajo perjudicaron a los usuarios, ya que se impusieron fuertes restricciones en la oferta de los servicios médicos. Estas necesidades y demandas en el ámbito de la salud exigieron introducir nuevos mecanismos de financiación.

Las discusiones sobre el futuro del sistema de Obras Sociales ya no pasaban por la profundización de la desregulación sino por encontrar alivio financiero para la supervivencia de las principales entidades con serios problemas para la prestación de servicios de salud.

En 2003, el Poder Ejecutivo Nacional aprobó el Programa de Recuperación de Obras Sociales en crisis y destinó para ello la suma de 4.000 millones de pesos. Asimismo se solicitó al Consejo Federal de Salud la elaboración de un Plan Básico Nacional de Salud que contemplara una modificación del PMO por un Plan Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) que conllevaba restricciones en la oferta de servicios de salud.

La escasa información estadística compatible que permita tomar decisiones vinculadas a la financiación, la conformación del menú prestacional y las modalidades de contratación, son herramientas que aún deberán instrumentarse para un adecuado monitoreo de las Obras Sociales. Para ello urge efectivizar el cruzamiento de padrones entre todos los beneficiarios de las Obras Sociales (no sólo nacionales) para los que poseen cobertura.

Al mismo tiempo el diseño institucional de la SSS produce un abismo entre las diferentes gerencias: los resultados del área médico-prestacional se manejan independientemente de los del área económico-financiera, funcionando como sectores independientes y omitiendo una evaluación integral de las prestaciones. Así, por ejemplo el Decreto 1400/00 establecía los indicadores económicos financieros que permitían colocar a una entidad en situación de crisis, y nada dice respecto de los indicadores prestacionales (Torres, 2004).

Utilizar a las Obras Sociales como prenda de negociación, era útil a fin de avanzar en otras áreas críticas de la economía como la flexibilización en las condiciones laborales y el cambio de modalidad de acuerdo en los convenios de trabajo, así como en las condiciones privatizadoras de las políticas sociales. Sin embargo, el resultado fue el fracaso de estas reformas, tanto la laboral como la vinculada al sistema de servicios de atención médica (Belmartino, 2000 y 2001).

Además, este proceso de reforma estuvo permeado por múltiples estrategias entre los principales actores involucrados que suscitaron conflictos y nuevos consensos, recreando un ciclo de acciones e inacciones que frenó la inicial puesta en práctica. La posición de éstos será analizada en el próximo capítulo.



## **CAPITULO VI - Actores, tomas de posición, estrategias y conflictos**

El objetivo de este apartado es identificar los principales actores con intereses durante el proceso de Reforma de Obras Sociales y describir su accionar, sus lógicas y sus tomas de posición. A partir de la perspectiva institucional y el enfoque relacional planteados en el marco teórico, se considera al Estado como uno de los actores del escenario de la Reforma, con objetivos y estrategias propias.

El discurso de la mayoría de los actores que participaron en el proceso de reconversión de Obras Sociales atravesó tres niveles de análisis: uno global o macro, referido al papel del Estado y la concepción de la salud, un segundo nivel meso o intermedio, de articulación de los recursos económicos, financieros, humanos y administrativos y un tercer nivel micro, al que se le asigna menor peso, que se refiere a la práctica específica de las prestaciones de salud.

El primer nivel global condiciona a los restantes, sumamente relacionados con la definición del papel del Estado, y expresa el contenido ideológico de la propuesta política: según cómo se financie, un sistema podrá ser redistributivo o regresivo, independientemente de las formas de organización.

Existían coincidencias y discrepancias sobre el nivel global o macro. Las coincidencias se centraban en la ineficiencia del sistema de salud (alto costo y alta inequidad) y la irreversibilidad de la reforma, mientras que las discrepancias se referían al papel del Estado y al manejo de las Obras Sociales. Desde esta perspectiva, se definieron dos polos: el primero, conformado por los dirigentes gremiales de Obras Sociales y algunos representantes de los prestadores de Obras Sociales (Confederación de Clínicas y Sanatorios –CONFECILISA–, agrupada luego en la Cámara de Empresas de Salud – CAES), que sostenían la necesidad de preservar la responsabilidad del Estado sobre el sector y, aún reconociendo la inevitabilidad de su transformación, afirmaban descreer de las bondades y capacidades de autoregulación del libre mercado. A partir de ello, han planteado la necesidad de una mayor actividad reguladora que controle la acción de los prestadores (públicos, privados y de la seguridad social), basándose en mantener el sistema de Obras Sociales porque es la base de la solidaridad y de la equidad.

En el otro polo, se ubicaban los representantes del Gobierno menemista, las autoridades de los Organismos Internacionales y los responsables de entidades de medicina

pre-paga (ADEMP y CIMARA), que pusieron el énfasis en la necesidad de que el sector funcionara desreguladamente. La libre elección del consumidor y el riesgo económico asumido por los prestadores se constituyeron en herramientas válidas para lograr eficiencia y hacer competitivo al sector salud. Este modelo rechazaba la planificación tradicional, como el Seguro Nacional de Salud, con injerencia del Estado. Para estos actores, la responsabilidad de la salud de la población representa un enorme peso económico que, en la medida que es afrontado o subsidiado por el Estado, implica una restricción de recursos de la actividad económica que podrían ser utilizados para otros fines.

Indudablemente, estas posturas partían de una definición diferente del concepto de “mercado” como categoría de análisis económico aplicada a la salud. Para los representantes gremiales y de CONFELISA, la salud no era homologable a cualquier mercado de bienes y servicios. En este enfoque no sólo podría advertirse una postura ética, sino criterios de análisis diferentes respecto de la caracterización del sistema de salud, ya que la salud es definida como un “mercado no convencional”, en el sentido de que en ella no se cumplen las leyes de oferta y demanda típicas, con un predominio de actores corporativos que confrontan entre sí y en el que el beneficiario (no se lo denomina “consumidor”) tiene un conocimiento limitado para el acceso y la evaluación de su utilización; en esas condiciones, la oferta determina el perfil de la demanda.

Al contrario, el grupo pro-reforma no hizo pronunciamientos explícitos sobre ello, pero parecía homologar la salud a cualquier otro mercado: *“la gente elige cómo vestirse, dónde vivir, por lo tanto habría que preservar esa libertad de elección para la salud”* (Boletín N° 2 ADEMP, 1999).

De todas maneras, al interior de cada uno de estos grupos las contradicciones de carácter político hicieron aún más complejo el proceso de negociación para una adecuada implementación técnica de la Reforma. A continuación se analizará la postura de cada uno de ellos: actores estatales, sindicales, privados, Organismos Internacionales y otros menos presentes como los usuarios y los partidos políticos.

## 6.1. Los actores estatales

El gobierno menemista adoptó estrategias de negociación frente a la Reforma en un interjuego de roles más o menos constantes. Los representantes de los ministerios de Economía y Trabajo tuvieron a su cargo el establecimiento de las nuevas reglas del juego (avaladas por decretos y no por leyes) y sostuvieron las posturas más firmes en relación a la reforma del sistema, mientras que el Presidente Menem y su Ministro de Salud intentaron flexibilizar los decretos negociando los reclamos de las cúpulas sindicales.

El Ministro de Salud, Alberto Mazza, mostró durante este proceso algunas contradicciones que delataron su debilidad política para negociar. En un principio fue el más fuerte sostenedor de la incorporación de la medicina prepaga al sistema de Obras Sociales (de hecho, una de las condiciones para ser elegido por el Presidente Menem fue el haber sido propietario de una de las prepagas más importantes del país), pero en sus acciones y declaraciones intentó ser más moderado: por un lado informando que *“se necesita ante todo un marco regulatorio preciso para la incorporación de las empresas al sistema de obras sociales”* (*La Nación*, 15/2/97) y, por otro lado, enfatizando que *“los cambios en las normas que rigen la modalidad de los traspasos entre obras sociales no favorecen o conceden privilegios a los sindicatos, sólo responden a la necesidad de beneficiar a los afiliados”* (*Clarín*, 10/5/98). Aunque Mazza redactó los decretos originales sobre las modalidades de la desregulación, en octubre 1996 se vio obligado a aceptar, por la presión que ejercieron los sindicalistas, sucesivas modificaciones. El Ministro tampoco tuvo en cuenta (ni éxito) en difundir publicidad que informara a la población sobre la libre elección entre Obras Sociales. Finalmente, la campaña por la libre elección fue implementada por la Secretaría de Prensa y Difusión dependiente de la Presidencia de la Nación.

En el ámbito gubernamental fue reemplazado el Ministro de Trabajo (Enrique Rodríguez fue sucedido por Caro Figueroa), porque se prefería la negociación con el poder sindical en todos los frentes por sobre la confrontación por la flexibilización laboral.

Del mismo modo, a mediados de los años '90, razones políticas vinculadas con las expectativas de reelección del presidente Menem debilitaron el protagonismo del Ministerio de Economía y centraron la conducción de la Reforma en la ex ANSSAL y luego en la Superintendencia de Servicios de Salud (Belmartino, 2005).

El responsable de la Superintendencia de Salud durante la gestión del Dr. Menem, José Luis Lingieri, presentaba una postura menos oscilante en comparación con los demás funcionarios, dado que defendía abiertamente el sub-sistema de Obras Sociales; contradictoriamente, al mismo tiempo encabezó el proceso de reforma y apoyó el Programa del Banco Mundial. El balance de su gestión consideraba que *“la Superintendencia ha ejercido una profunda acción regulatoria y fiscalizadora de las obras sociales y se ha ampliado la cobertura a través de la obligatoriedad del PMO... Con respecto al manejo de las Obras Sociales expresaba que: “el sistema de obras sociales es el único que históricamente ha brindado salud a la gente sobre conceptos de equidad, solidaridad y universalidad”.* También le asignaba importancia al FSR por su sentido solidario y recalca la independencia financiera de las Obras Sociales: *“el Tesoro Nacional no subsidia a las obras sociales, son los trabajadores y empleadores a través de sus aportes y contribuciones, los que aseguran el nivel de prestación lo más completo posible y con problemas para financiarlo”* (diario *El Cronista*, 10/6/99).

La cohesión del gabinete de Ministros y del Partido del Gobierno en torno de la orientación de esa reforma fue otro punto débil en la trayectoria del equipo encargado de hacerla viable (Belmartino, 2006). Los conflictos entre ministros de diferentes carteras eran frecuentes: Economía acusaba a Salud de negociar una apertura incompleta y manifestaba abiertamente la necesidad no sólo de desregular, para permitir el ingreso de las prepagas al mercado de la seguridad social, sino la de generar una reserva de mercado atractiva para la inversión internacional.

El equipo del Ministerio de Economía defendió una desregulación orientada a debilitar a las corporaciones sectoriales, mientras que las autoridades de la SSS se constituyeron en defensores de los intereses sindicales. Los técnicos del Ministerio de Economía manejaron de manera eficiente el armado de la trama institucional de la Reforma pero fallaron en su capacidad decisoria, ya que pecaron de cierta ingenuidad al sopesar el poder de las corporaciones al considerar que sólo con la sanción de decretos se podrían revertir las conductas desviadas (Belmartino, 2006).

La estrategia presidencial consistió en avanzar en la implementación de numerosos aspectos de la reforma de Obras Sociales pero, en última instancia, no se concedió a las pre-pagas el pleno derecho de insertarse abiertamente en el sub-sistema

(avalando de alguna manera su ingreso subrepticio) para preservar así la relación, rechazada frontalmente por los sindicalistas.

El cambio de gobierno no trajo aires renovados. La gestión de la Alianza se inició con una clara estrategia de consenso al intentar aplicar las reformas pendientes. Las nuevas reglas del juego fueron impulsadas por los Ministros de Economía y Salud y el Jefe de Gabinete. Las posturas más firmes a favor de la reforma se instalaron en el Ministerio de Salud, mientras que el Jefe de Gabinete y el Presidente de la Nación fueron los que intentaron flexibilizar los decretos mediante concesiones a los sindicalistas.

Nuevamente, y tal como sucedió en la gestión anterior, las asignaturas pendientes de la reforma fueron utilizadas como prenda de negociación para la aprobación legislativa de la tan vapuleada reforma laboral, con la que se intentaba conseguir el salvataje económico o “blindaje financiero”. Así, el Jefe de Gabinete, Chrystian Colombo, afirmaba: *“La desregulación de las obras sociales es una de las últimas reformas estructurales que necesita la Argentina, junto con jubilaciones, gasto provincial y presupuesto, para acceder al blindaje financiero negociado con el FMI”* (Clarín, 15/11/2000).

El Ministro de Salud, Hector Lombardo, mantuvo una postura bastante inflexible y fue poco conciliador en su discurso: *“...las obras sociales y prepagas cobran caro. Con 20 pesos alcanza para el PMO...Las estimaciones de los prepagos y de los sindicalistas mientras tanto son de 40 pesos como mínimo por afiliado”* (El Cronista Comercial, 22/6/2000). También la gestión de la SSS, a través del Dr. Rubén Cano, mostró menor tolerancia a la hora de negociar con los representantes de las corporaciones.

Una vez más, y para llevar a cabo las exigencias del Banco Mundial que debían profundizar la Reforma del sub-sistema en el marco de cambios estructurales más amplios, se puso en marcha un decreto de necesidad y urgencia que le restó legitimidad política al Gobierno de De La Rúa, a través de la implementación de un régimen que naufragó a poco de nacer. La crisis de autoridad se fundó por la sucesión de conflictos entre diferentes tomas de posición del Poder Ejecutivo relativas a la política económica y a las posibles alianzas con actores sociales relevantes, tales como los sectores financieros con intereses en salud y el sindicalismo.

Tras la renuncia de De la Rúa en diciembre de 2001, las condiciones para imponer mecanismos de gobernabilidad se debilitaron aún más (Belmartino, 2005).

## **6. 2. Los actores sindicales**

Las sucesivas fracturas políticas internas en la Confederación General del Trabajo, (CGT) agudizaron la incapacidad del movimiento obrero e impidieron la articulación de acciones coherentes. La CGT se dividió en octubre de 1989 por la oposición del sector ubaldinista a las leyes de reconversión económica y reforma del Estado, para reunirse nuevamente en febrero de 1992 ante la amenaza de las leyes de Reforma Previsional y de Obras Sociales presentadas al Congreso. Así, se fortaleció la burocracia sindical y el control centralizado sobre las bases sindicales (Belmartino, 2006).

El nuevo perfil sindical/empresario provocó fisuras entre sus dirigentes y algunos de ellos fueron mediadas por la gestión personal del Presidente Menem. Los “gordos” representaban el perfil empresarial sindical, negociando y pactando con empresas y con el gobierno. Los “duros” fueron los menos modernizados, y encabezaron la oposición contra la flexibilización laboral, rechazando la intromisión de la medicina pre-paga en el sub-sistema de Obras Sociales.

La asunción de una racionalidad empresaria en la gestión planteó cambios profundos en la lógica que gobernó a estas instituciones y en la dinámica de las relaciones de sus actores protagónicos.

Al indagar sobre el proceso de reconversión de Obras Sociales, y pese a la necesidad de reconocer la necesidad de cambios o fusiones en sus entidades, los dirigentes de Obras Sociales no vieron con agrado la implementación de la reestructuración promovida por el Banco Mundial. La precalificación exigía presentar un padrón actualizado de beneficiarios y un balance exhaustivo de sus cuentas. La ayuda financiera era un reclamo consensuado por todos los dirigentes, pero hubieran preferido que la SSS continuara siendo el organismo encargado de otorgar préstamos.

Aquellas Obras Sociales que ingresaron en el Programa de Reconversión admitieron que algunos cambios eran positivos para sus instituciones, pero advertían sobre una situación económica adversa para el futuro:

*“mejoramos nuestras deudas con los prestadores, no tenemos tantos gastos fijos ya que la planta de recursos humanos ha decrecido, contratamos bajo la modalidad de capitación, reestructuramos nuestro Policlínico propio con criterios más modernos y creamos más centros de atención primaria, pero nuestro nivel de deuda fue diferido a 15 años y en el marco de la permanente contracción del mercado de trabajo no sé como haremos para hacer frente al préstamo del Banco”* (Entrevista personal con Dirigente del Gremio Bancario).

Con respecto a la libre elección que les fue impuesta, consideraron que los resultados no fueron los esperados por parte del Gobierno porque los beneficiarios se sentían conformes con los servicios brindados. Para las Obras Sociales fue un éxito la no injerencia formal de las pre-pagas en el sistema, con la cual se evitó la ruptura del sistema solidario, aunque apareció cierta preocupación por los manejos de entidades pequeñas, que establecieron convenios ilegítimos con las pre-pagas:

*“nosotros le cubrimos al afiliado todo lo que necesita, sin carencias, sin condiciones y con buenos servicios de salud, el afiliado sabe que la obra social le pertenece porque hace su aporte y recibe un buen servicio sin costos adicionales. Pero ¿cómo luchar con la imagen de las pre-pagas? En nuestra entidad hubo serias presiones de las empresas molineras para que sus empleados se pasen a obras sociales que pactaron con las pre-pagas, y si bien tratamos de esclarecer las diferencias es imposible luchar para retenerlos, los afiliados a las pre-pagas van a tener más médicos para elegir, quizás hotelería de mejor calidad pero serias restricciones para enfermedades crónicas y complejas”* (Entrevista personal con Dirigente de la Unión Obrera Molinera Argentina).

Otra cuestión que aparecía como difícil de implementar fue la posibilidad de fusión entre entidades -sobre todo las de menor tamaño- ya que la retención de la cuota de poder de cada entidad y el sentido de pertenencia de los afiliados eran barreras importantes:

*“nuestros afiliados nos conocen, vienen directamente por cualquier reclamo, saben que nos preocupamos por ellos, debimos adaptarnos a los tiempos que corren y ahora no podemos ofrecerles los mismos servicios, pero saben quiénes*

*somos. Si unimos esfuerzos creo que estaríamos mejor pero no es fácil sentar las bases para superar criterios propios, si una obra social tiene servicios propios y la otra no deberíamos pactar precios por los servicios, no sé, cada obra social tiene su forma de accionar y hay que ver si el afiliado se sentirá conforme cuando tenga que ir a otro lugar a atenderse”* (Entrevista personal con Dirigente de la Obra Social del Personal Marítimo).

La resistencia a fusionarse con otras instituciones con el fin de reducir gastos administrativos y mejorar el pool de riesgo se puede vincular al interés de continuar aplicando recursos a finalidades ajenas a su destino legal (Belmartino, 2005).

La doctrina de la Seguridad Social aparecía como una postura ética a la que las Obras Sociales le otorgaron suma importancia, resaltando la función de participación en el trabajo y en el cuidado de la salud:

*“el trabajo además de permitir la propia realización de la persona es el eje del principio asociativo entre los hombres. El proceso de maduración que vivieron las obras sociales argentinas permitió tener organizaciones en las que no solamente se va a buscar o recibir un servicio, sino también encontrar una forma concreta y orgánica de tener protagonismo en el cuidado de la salud. El hecho de participar es un eje sustancial que diferencia a un beneficiario y un mero cliente o usuario del sistema Participar significa no sólo administrar sus propios recursos y elegir alguna de las ofertas que existen en los programas de atención de la salud, sino ser protagonista en la definición de sus propias coberturas y en el manejo de sus propios recursos”* (Entrevista personal con Dirigente del Sindicato de Docentes Privados).

Aunque se consideraban los representantes naturales de los trabajadores y los legítimos defensores de sus condiciones de trabajo, la imagen de los sindicalistas ante la opinión pública era diferente: una encuesta realizada en 1996 mostró que cerca del 50% de los trabajadores encuestados consideraba que quienes mejor representaban los intereses de los trabajadores eran ellos mismos, sin intervención de ningún sindicato, mientras que una baja proporción de trabajadores opinaba que quien mejor representaba a los intereses de los trabajadores es un sindicato único por sector (Kritz, 1996).

También el gobierno de la Alianza, a fin de obtener la aprobación de la reforma laboral en el ámbito legislativo, difundió encuestas de opinión pública sobre imagen de los sindicalistas. Según el estudio Mora y Araujo, una amplia mayoría de los consultados (71%) creía conveniente la negociación salarial descentralizada y el 84% consideraba que los dirigentes sindicales se oponían a la Reforma Laboral para defender sus propios intereses (*Página 12*, 22/1/2000).

Para los actores sindicales, el proceso de reconversión significó una salida para paliar la crisis financiera, encarada por algunos dirigentes de manera anticipada a los lineamientos estatales. La férrea oposición a modificar la pertenencia a la rama de actividad y la estructura gremial ante el avance de nuevos modelos de gestión y la imposibilidad de pensar un nuevo rol de los trabajadores en las organizaciones conlleva un pensamiento arcaico, cuando la realidad del mundo atraviesa otros debates (Vassallo, 2001).

Los dirigentes sindicales mantuvieron una larga vinculación con los poderes de turno y han acumulado saberes sobre el entramado institucional del Estado que los sitúa en un lugar de privilegio al diseñar una estrategia para defender sus posiciones (Belmartino, 2010).

Las Obras Sociales del personal de dirección se constituyeron en un actor menos protagónico pero bastante visible. Su papel fue de mediador o bisagra entre las Obras Sociales sindicales y las empresas de medicina pre-paga. Su ingreso promedio por beneficiario les permitía brindar una adecuada cobertura médica y, por ello, algunas Obras Sociales decidieron incorporar a sus padrones a afiliados voluntarios, con criterios similares a los de las empresas de medicina prepaga, compitiendo con ellas por la captación de adherentes entre los trabajadores de mayor remuneración. En este proceso no sólo percibieron como una amenaza la obligación de incorporar beneficiarios procedentes de las Obras Sociales sindicales, y por ello apelaron esta disposición por vía judicial, sino que también fueron afectadas por el mayor porcentaje de aporte al Fondo Solidario de Redistribución establecido para los sueldos superiores a 700 pesos establecido en el año 2000 (Belmartino, 2005).

### 6.3. Los actores privados

Los actores privados estaban conformados por varias instituciones: los prestadores usuales de la Seguridad Social que contaban con una amplia red de clínicas propias (Confederación de Clínicas y Sanatorios –CONFECCLISA–, hoy agrupada en la Cámara de Empresas de Salud – CAES-); las empresas de medicina pre-paga sin infraestructura propia (Asociación de Entidades de Medicina Prepaga –ADEMP–), y las empresas de medicina pre-paga con infraestructura (Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina –CIMARA–). En 1997 surge una nueva entidad, la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI), conformada por una Cámara de Prestadores y Financiadores sin fines de lucro del sector de salud.

CONFECCLISA/CAES sostiene una férrea defensa del sub-sistema de la Seguridad Social argumentando que es el único con capacidad para garantizar la solidaridad de todos los beneficiarios. Su atención se basaba en la modalidad de contratos al 60% de los afiliados de las Obras Sociales, deseando preservar el actual sub-sistema dado que la libre competencia podía no sólo quebrar el frágil concepto de solidaridad aún imperante, sino que mermarían sus ingresos si se modificaban las modalidades de contratación. Han manifestado ser los más vulnerados por la crisis de las Obras Sociales y muy poco consultados en el diseño de las reformas.

Bajo el amparo de la ley 18.610 de Obras Sociales, que le dio un marco institucional al sub-sistema, las clínicas, sanatorios y hospitales privados y la Confederación Médica (COMRA) se convirtieron en los principales prestadores de la seguridad social, sentando las bases de un pacto corporativo conformado por dos polos, el de la provisión y el financiamiento de los servicios. La crisis financiera de las Obras Sociales que tuvo lugar a fines de la década de 1980 provocó cierto quiebre en el pacto, ya que se abandonaron los contratos corporativos mediante un sistema más abierto. Se configuraron así redes de prestadores o uniones transitorias de empresas (clínicas, sanatorios, asociaciones de profesionales independientes, sanatorios de Obras Sociales y hospitales públicos) que acordaban nuevas formas de contratación con las Obras Sociales. Estos contratos reemplazaban el pago por acto médico por cartera fija o capitación. Esta nueva modalidad

produjo, en una situación aún inestable, un mejor equilibrio financiero en el sistema (Belmartino, 2000).

El principal mecanismo regulatorio del régimen consolidado por la Ley 18.610 resultó del acuerdo establecido entre las grandes corporaciones con intereses en el sistema: por un lado, la CGT que actuó en representación de las Obras sociales y, por el otro, las corporaciones a cargo de la representación de profesionales independientes y de las clínicas y hospitales privados. Estas últimas funcionaban como intermediarias entre las organizaciones financiadoras y los proveedores directos, vehiculizando las respectivas facturaciones.

Los dirigentes de CONFELISA/CAES intentaron lograr consensos para mejorar el sistema a nivel global y generar acciones en común ante la reconversión del sub-sistema de Seguridad Social, tratando de presentar propuestas unificadas para su supervivencia: *“Dejemos de lado las dificultades estrictamente mini subsectoriales, que son importantes, pero que no son las que van a determinar el verdadero cambio en el sistema argentino de salud”*, y reclamaron una mayor capacidad de regulación y financiamiento por parte del Estado: *“tenemos que tomar conciencia de que el sector de la salud cada vez tiene menos recursos, cada vez más desempleo, cada vez más evasión y se aporta menos”* (Conferencia del Presidente de CAES y CONFELISA, Dr. Norberto Larrocca en las VIII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, 1999).

En general, los proveedores directos (Sanatorios y Hospitales privados) fueron fuertemente afectados por las deudas contraídas por Obras Sociales y empresas de medicina prepaga. Las asociaciones de profesionales también enfrentaron problemas serios con la gestión de nuevos contratos capitados y algunas consideraron que el regreso a las modalidades de libre elección y honorario por servicio dependía de variables políticas vinculadas a su capacidad para cohesionarse y llevar adelante una estrategia de lucha (Belmartino, 2006).

Los responsables de ADEMP y CIMARA sostuvieron posturas similares entre sí, aunque sus estrategias discursivas fueran distintas: los dirigentes de ADEMP se mostraron más moderados mientras que los de CIMARA tomaron actitudes más provocativas y eligieron confrontar y no pactar.

Los principales problemas de estas entidades radicaron en una pérdida de la rentabilidad financiera, por una mayor concentración de la oferta a raíz del ingreso de mayores capitales extranjeros, la reducción de la demanda potencial y un mayor avance del Estado *“que en lugar de llevarse a cabo en forma armónica, programada, integradora, es una serie de espasmos que generan entre otra cosas confusión, inequidad e inseguridad jurídica”* (Conferencia del Presidente de ADEMP, Dr. Pablo Giordano, en las VIII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, 1999).

Con respecto a las compras y fusiones de compañías por parte de capitales extranjeros, los responsables de las empresas de medicina pre-paga sostenían que éstas no mejoraron el mercado privado porque *“han enrarecido el escenario”*, ya que no se produjo una integración a la *“idiosincrasia”* de la cobertura de salud existente en el país: *“grupos internacionales de Brasil, Chile, España y Estados Unidos, además de fondos de inversión supranacionales, han ingresado en la actividad sin resultados integradores”* (Dr. Giordano, Revista Médicos, 2000).

Sobre la desregulación de las Obras Sociales opinaban que no se han racionalizado las instituciones de la Seguridad Social: *“en lugar de abrirse la complementación con el subsector privado, cada día se traba más y más el saneamiento del sistema para lograr mejores prestaciones a menores costos”*. Y añadían que era imposible impulsar la desregulación sin una estrategia planificada:

*“el desregular, sin un mínimo consenso previo entre los actores, sin un cálculo del costeo del PMO, sin una definición de las fuentes de financiamiento, con obras sociales que nunca habían competido con el sector privado y que tenían el temor de perder sus afiliados con mejores ingresos, con la medicina prepaga que no tenía experiencia en la cobertura de grupos de bajos aportes, fue lo que condujo directamente al fracaso* (Congreso ACAMI, Dr. Giordano, Revista Médicos, 2002).

Los dirigentes de CIMARA, ante la implementación del PMO (Programa Médico Obligatorio) para la medicina privada, adujeron que la ley *“es una aberración jurídica”* porque *“no se puede obligar a cubrir prestaciones a un sector absolutamente voluntario y que carece de reglamentación específica porque fue diseñada para la seguridad social”*

(Dr. Aufiero, presidente de CIMARA, VIII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, 1999).

Los responsables del sector privado de la salud manifestaron su preocupación por el avance e injerencia del Estado sobre su sector, ya que las resoluciones emitidas por la Superintendencia de Salud con respecto a la prohibición de la mención publicitaria de empresas de medicina pre-paga para atraer a beneficiarios de Obras Sociales durante el proceso de libre elección afectaba sus intereses. Contra esas resoluciones, sin embargo, carecían de herramientas jurídicas porque formalmente no dependían de dicho organismo.

El sector privado rechazó vehementemente, durante el gobierno de la Alianza, la sanción de la tan vapuleada extensión del Impuesto al Valor Agregado a la salud, que implicaba un aumento del 21% sobre las cuotas a cargo del usuario:

*“atendemos a los ricos, a la clase media alta y a la clase media baja, nuestra clientela proviene vía obras sociales del personal de dirección lo que significa que más de la mitad de nuestra población no va a pagar el IVA que es un impuesto al consumo. No pudimos ser escuchados por una razón más filosófica”* (Dr. Aufiero, Presidente de CIMARA, *La Nación*, 15/2/99).

Con respecto al manejo de las Obras Sociales por parte de los sindicalistas y su negativa a la incorporación de las pre-pagas en el proceso de libre elección, los responsables del sector privado admitieron que aquellos utilizaban la atención de la salud como mecanismo para obtener poder político:

*“mientras rechacen la sana competencia no harán las correcciones que el sector de la seguridad social viene demorando. Si las obras sociales piensan que no pueden competir con el sector privado porque les va a sacar los asociados, evidentemente no están convencidas de estar en condiciones de demostrar las bondades de sus servicios... El declamado descreme de las obras sociales tiene un solo responsable, las propias obras sociales. No les ofrecieron a sus afiliados de alto aporte un plan superador porque creían que todo el mundo debía recibir lo mismo”* (Entrevista personal con Dirigente de ADEMP, 1999).

Otra de las críticas fundamentales hacia el sistema de las Obras Sociales era la ausencia de eficiencia:

*“la administración del caudal de recursos resulta ineficiente, antieconómica y contraria a un criterio racional de política asistencial, más allá de cualquier imputación que se pudiere hacer contra administradores que ni siquiera rinden cuentas públicamente del uso de fondos que son definitivamente públicos, como que provienen de un verdadero impuesto nacional instituido por ley”* (Entrevista personal con Directivo de ADEMP).

Aunque el principal reclamo del sector privado se basaba en solicitar su ingreso formal al sub-sistema de Obras Sociales bajo una libre competencia, el esquema de contratos con cerca de 60 entidades sindicales les resultó un mecanismo conveniente. Y cuando se impulsó el decreto 446/00, a cargo del gobierno de De La Rúa, la actitud del sector fue ambigua: por más que se previera la posibilidad de captar a una masa de afiliados de Obras Sociales que quisieran migrar a empresas de medicina pre-paga, temieron que la reglamentación afectara sus intereses. El ofrecer una cobertura completa del PMO con el escaso monto estipulado por la SSS (en ese entonces, año 2000, ascendía \$20 per cápita) y el no tener en cuenta las limitaciones de ingreso de afiliados por enfermedades preexistentes y por la edad, eran escollos importantes para poder brindar un servicio adecuado. La apertura legal implicaba una necesaria reformulación de la organización y la adaptación de los planes para aceptar a usuarios de bajos ingresos.

Paralelamente, aparecían nuevas propuestas de reforma para el PAMI y para las Obras Sociales, que intentaban instalar en la agenda el concepto de subsidio a la demanda:

*“obviamente que considero viable el subsidio a la demanda. Va un ejemplo: si un individuo hace inversiones y éstas son en tiempos compartidos, en plata, en estudios, en capacitación, etc., este individuo finalmente hace un producto que puede ser un bien o un servicio. Necesariamente es introducido en el mercado y este mercado se rige por la ley de la oferta y la demanda. ¿Qué nos ha pasado a los argentinos? Hemos tenido una oferta consuetudinariamente aumentativa pero la demanda ha sido estable. Este mercado determina un precio que al ser*

*aumentativo de la oferta con respecto de la demanda tiende a bajar. ¿Cuáles fueron los mecanismos para compensar esta baja de precios? La especialización, pero ésta no alcanzó y apareció la ultraespecialización, y tampoco alcanzó, y ahora estamos viviendo la microespecialización que hizo que muchos hospitales públicos estuvieran durante mucho tiempo destinados a subsidiar la oferta, desconociendo la demanda. Los hospitales públicos deberían analizar la demanda y en base a la demanda determinar la oferta...”. (Entrevista personal con Fundación Novum Millenium).*

En el espectro del sector privado y a partir de la introducción de nuevas modalidades de pago aparecía en escena un nuevo actor: se trataba de las Administradoras y/o Gestoras de sistemas capitados, cuya función principal era mejorar la relación entre los recursos ingresados por cápitas o módulos y lo efectivamente gastado en la prestación de los servicios por parte de las entidades sindicales. Esas organizaciones asumen diversas formas: empresas independientes dedicadas exclusivamente a esa función, se constituyen en áreas de las asociaciones de profesionales o se organizaban a través de proveedores agrupados en una red. Ven con agrado algunos aspectos de la Reforma de Obras Sociales como, por ejemplo, la estrategia de fusiones o formación de consorcios propuesta por el Gobierno, en el marco de la gran fragmentación de los contratos que debían administrar y los muy diferentes valores de cápita involucrados (Belmartino, 2006).

#### **6. 4. Los Organismos Internacionales**

El rol del Banco Mundial fue el de presionar fuertemente para que el proceso de libre elección se profundizara. Sus técnicos opinaban públicamente sobre aspectos relacionados a la reforma (ventajas de la libre competencia, designación de funcionarios no aptos para la correcta implementación del proceso y menores concesiones para sindicalistas) condicionando sus futuros desembolsos a la efectiva reducción en la cantidad de Obras Sociales, a una mayor transparencia en el sub-sistema y a la incorporación de las prepagas en la libre elección. Su injerencia fue más allá del sector salud, ya que recomendaban una serie de medidas de ajuste del gasto público y reestructuración del Estado, que se

englobaba en lo que se denominó el “Consenso de Washington”. Así, se promovieron, entre otras medidas, la privatización de las empresas públicas, la desregulación de las relaciones laborales y la reducción de los gastos universales de seguridad social. De este modo se concentraba el gasto público social en los grupos más vulnerables. Con esa imperiosa necesidad de alcanzar los equilibrios macro- económicos, se pretendía desarrollar un nuevo modelo de Estado que se retiraba de ciertas áreas en las que serían más eficientes los actores privados. La devolución de responsabilidades a la sociedad civil se imponía como receta para aliviar las demandas en el Estado.

### **6.5. Otros actores con menos presencia**

Todos los actores intentaron construir nuevas lógicas, que si bien parecieron diferentes, tendieron a preservar su poder en la distribución de los recursos del sistema de salud. Es importante considerar también a los beneficiarios como protagonistas. ¿Cuál ha sido su estrategia?

Dado que los usuarios no pueden negociar corporativamente, debería haberse mejorado su nivel de información para una adecuada elección de los servicios de salud.

La mayoría de los dirigentes se ampararon en el beneficiario/usuario/consumidor para justificar sus acciones. Las empresas de medicina pre-paga estimaron que el aspecto más importante de la desregulación fue *“darle valor al comportamiento del consumidor, a su participación y libre elección en la determinación de los mejores servicios ofrecidos”*. También ponían reparos cuando debieron incorporarse al Programa Médico Obligatorio porque irrumpía sobre la voluntad y los acuerdos preestablecidos entre los beneficiarios y las empresas: *“se establece un convenio con los afiliados, que si bien son generales, tienen una gama de alternativas que la gente acepta de acuerdo con sus conveniencias, necesidades y posibilidades de pago”*. Según su postura, el aspecto más importante de la desregulación es el “consumidor”: *“darle valor a su comportamiento, a su participación y libre elección en la determinación de los mejores servicios ofrecidos”* (Entrevista personal con Dirigente de ADEMP).

Por su parte, los dirigentes de Obras Sociales consideraban ser los únicos capaces de brindar cobertura universal para todos sus beneficiarios sin barreras en el acceso *“pese*

*a los problemas del país, la disminución de ingresos por rebaja de aportes patronales, el embate de los organismos internacionales y el avance de las empresas privadas en nuestro sistema, aún hoy nos preocupamos genuinamente por el afiliado”* (Entrevista personal con Dirigente de la Unión Obrera Metalúrgica), advirtiendo que la desregulación total del sistema llevaría a romper el sistema solidario. En esa línea, le reclamaban al Gobierno que le impida a las empresas de medicina pre-paga publicitar los acuerdos con Obras Sociales *“porque en nombre de esas obras sociales inducen a los afiliados a creer que se traspasan a una prepaga y transgreden el artículo 9 de la Ley de Lealtad Comercial”* (Ámbito Financiero, 22/5/98).

La cúpula sindical a cargo de las Obras Sociales reconocía algunas carencias en las prestaciones que brindaban, pero enaltecía la figura del “afiliado” que es mucho más que el cliente/usuario de la medicina pre-paga: *“aquí el afiliado está como en su casa, tenemos las puertas abiertas para que se acerque y proponga lo que necesite”* (Entrevista personal con Dirigente de la UOM).

Por su parte, los responsables del Banco Mundial presionaban para hacer efectiva la desregulación total del sistema en un plazo corto porque: *“el beneficiario tiene que tener la libertad de elegir los servicios que convienen más. Cada uno tiene una familia con características diferentes y debería poder elegir, además de un paquete universal se podría optar por un complemento que satisfaga las necesidades”* (A. Abrantes, *El Médico del Conurbano*, mayo 98).

También, las autoridades de la Superintendencia de Servicios de Salud basaron su accionar en beneficio del afiliado: *“las auditorías y las juntas de síndicos controlarán que el afiliado siempre pueda alcanzar la mejor atención médica”* (Entrevista personal con Gerencia de Servicios al Beneficiario).

Y los partidos políticos también estuvieron ausentes del escenario de la reforma. Su bajo protagonismo se explicaba porque que casi todas las decisiones relacionadas con la reforma de Obras Sociales se han previsto a través de decretos y resoluciones del Poder Ejecutivo. La única medida que se ha intentado efectivizar bajo el amparo de una ley - regulación del funcionamiento de las empresas de medicina prepaga- pudo aprobarse 12 años después (2011) a raíz del escaso acuerdo entre los diferentes partidos políticos y por el

lobby que ejercía el sector privado para impedir que se efectivizara una ley que reglamentara su funcionamiento.

La postura de los diferentes actores frente a la reconversión de las Obras Sociales muestra las numerosas dificultades para articular consensos en torno a la elección de las posibles estrategias a implementar, en el interior de un sector altamente politizado, con diversos intereses en cuanto a modelos de organización, con inexistente capacidad de arbitraje estatal y con una población beneficiaria fragmentada en su percepción de necesidades, y con escasa capacidad de traducir las demandas en la conformación de la agenda política del gobierno (Belmartino, 2000).

Estos actores han ejercido diferentes formas de presión e influencia; en algunos casos de cooptación (Cardoso, 1982) ya que sus intereses privados establecieron un canal de mediación ante los órganos estatales participando en algunas instancias de los procesos decisorios, y en otros casos apelaron al *lobby* presionando sobre todo ante el ejecutivo y, en menor medida ante el poder legislativo.

Construyeron a través de sus negociaciones un sistema de reglas no escritas que modificaba, en función de sus intereses, la forma institucional prevista para atenuar la fragmentación y heterogeneidad del sistema de seguridad social médica. Interactuaron con racionalidad limitada y en condiciones de incertidumbre y se guiaron estratégicamente por cosmovisiones ideológicas potencialmente conflictivas entre sí (Belmartino, 2010; Repetto, 1999).

Fueron las instituciones –en tanto reglas, normas, prácticas informales y tradiciones– las que estructuraron las relaciones entre Estado y sociedad. Esas relaciones están sujetas a diversos ritmos de cambio y sobre todo, en épocas de crisis, se aceleran los cambios ya que no es posible mantener los antiguos mecanismos de interacción. En los años noventa, la forma particular que asume la ruptura del pacto corporativo, con el debilitamiento de los vínculos asociativos y el surgimiento de modalidades de gestión empresaria, estimuló la generación de nuevas reglas de juego, responsables de los resultados verificados a partir de los procesos de reforma (Belmartino, 2006).

## **Capítulo VII - El proceso de Reconversión de la Obra Social de la Unión Obrera Metalúrgica de la República Argentina (OSUOMRA)**

Los procesos de reforma pueden ser analizados a nivel macro, afectando la sociedad en su conjunto o focalizados en la dinámica de cada uno de los campos que pueden identificarse en su interior, a partir de la especificidad de sus prácticas y cierto nivel de autonomía en la constitución de las relaciones de poder. Las políticas estatales adquieren sentido en la medida en que estén sistemáticamente vinculadas al tema o cuestión que les da origen, al ámbito de acción social al que se insertan, a los actores que intervienen en el proceso de “resolución” de la cuestión y sus respectivas –y sucesivas– políticas (Oszlak y O’Donnell, 1995).

Luego de haber presentado un panorama general de la Reforma de Obras Social, en los próximos capítulos se analizarán las modalidades de implementación de la Reforma a nivel micro en dos entidades sindicales emblemáticas: la OSUOMRA y la Obra Social de los Trabajadores Gráficos.

Este capítulo trata sobre la Reconversión de la OSUOMRA, describiendo algunos aspectos de su historia, su estructura y los intentos de reforma, teniendo en cuenta además la opinión de directores médicos, médicos, dirigentes sindicales y beneficiarios que utilizaban los servicios de salud.

### **7.1. Surgimiento de la UOM**

El proceso de integración social de la clase trabajadora durante el gobierno justicialista entre 1946 y 1955 no fue únicamente socioeconómico sino también simbólico. El trabajador industrial representaba el progreso y su identidad social se basó en una fuerte valorización de la cultura del trabajo, el orgullo de su pertenencia sindical y una intensa vocación política. En ese sentido, la cultura del trabajo se asoció a los metalúrgicos, sindicato que posteriormente atravesó una fuerte erosión identitaria por las severas transformaciones económicas, tecnológicas, políticas y sociales que ha sufrido el sector industrial en los últimos veinte años (Svampa, 2000).

El Sindicato de la UOM se crea en abril de 1943 bajo la primera presidencia del General Perón y en pleno crecimiento del sector industrial argentino. Así, un grupo de trabajadores que representaba a cada rama de la industria metalúrgica se reunió en la sede de la Confederación General del Trabajo (CGT) con el objetivo de mejorar las condiciones de

trabajo de los empleados del sector metalúrgico, nombrando como primer Secretario General a Nicolás Giuliani. La organización de los servicios sociales y sanitarios fue posterior a la formación de la estructura sindical de la institución.

A modo de antecedente, ya en 1919, y durante las sangrientas jornadas de huelga de los obreros fundidores de Vasena que actuaron como detonante de la Semana Trágica, existía en la Capital Federal la Asociación Sociedad de Resistencia Metalúrgica, que fue la primera organización gremial que agrupó a los trabajadores de la industria del metal (Historia del Sindicato Metalúrgico, Secretariado Nacional).

El amplio apoyo del sindicato a los gobiernos peronistas y las consecuentes vinculaciones con las luchas políticas del país han moldeado la historia de este sindicato. Sus principales líderes (Vandor, Rucci y Miguel) compartieron una época histórica atravesada por la militancia gremial en la cual se entremezclaban, de manera casi indisociable, una fuerte identidad política, una tradición sindical, el orgullo de ser metalúrgico y la defensa de la cultura del trabajo (Svampa, 2000).

El nacimiento y desarrollo de la UOM pueden enmarcarse en la etapa del Sindicalismo de Estado (Senén González y Bosoer, 2009) que se basó en tres ejes: la Ley de Asociaciones Profesionales, que desde el 45 hasta la actualidad, mantiene el sindicato único y mantiene el poder sindical, la Ley de Convenios Colectivos de 1953 y la Ley 18.610 de Obras Sociales de 1970.

Augusto Timoteo Vandor se incorporó al plantel obrero de la fábrica Philips en 1950, poco tiempo después comandó una huelga por mejoras salariales y logró superar conflictos internos que lo empoderaron como líder sindical. Con la caída del peronismo, la Revolución Libertadora lo encarceló durante 6 meses por su participación en las jornadas de septiembre de 1955 y el sindicato fue intervenido. En 1958, bajo la presidencia de Frondizi, se vio beneficiado por una ley que permitía el retorno de dirigentes peronistas a la conducción de los gremios; Vandor se convirtió en pocos meses en el Secretario General del Sindicato de la UOM, en el líder de las 62 Organizaciones Gremiales peronistas y, a través de ellas, en el hombre más influyente de la CGT. En 1966 transitó por los pasillos del poder como interlocutor privilegiado, como prolongación o como alternativa de Perón (Abós, 1999). En el plano político, fue protagonista de la oposición a Illía, del frustrado regreso de Perón en 1964, de los vínculos sindicales con las Fuerzas Armadas y el apoyo inicial al gobierno de Onganía, del Cordobazo, de las diferentes divisiones internas en la UOM, en las 62 Organizaciones y en la CGT. Vandor creía que la acción política y reivindicativa de corto plazo servía para defender los derechos de los trabajadores y mantener el poder del movimiento obrero

utilizando cambiantes estrategias en base a negociaciones corporativas y sobreestimando su poder al desatar fuerzas que lo excedían. Fue el exponente de un modelo sindical sustentado en pactos y confrontaciones. Su posición lo opuso tanto a la línea dura del sindicalismo peronista como a los dirigentes que se inclinaron por congraciarse con los poderes de turno en un país sin democracia (sus disputas con José Alonso y con Raimundo Ongaro fueron resonantes en ese sentido). Después del asesinato de Vandor en el local de la UOM, en junio de 1969, el gobierno de Onganía decretó el estado de sitio y aprovechó la ocasión para intervenir la mayoría de los gremios de base de la combativa CGT de los Argentinos (Senén González y Bosoer, 2009).

José Ignacio Rucci, que se desempeñaba como obrero en la fábrica de cocinas Catita, se convirtió rápidamente en delegado gremial y, gracias a su desempeño, logró ser Secretario de Prensa de la Unión Obrera Metalúrgica encabezada en ese entonces por Vandor. En 1966 fue nombrado interventor de la Seccional San Nicolás, en la que se destacó por su eficaz gestión sindical y aumentó su prestigio. En julio de 1970 Rucci fue designado Secretario General de la CGT en el Congreso de Normalización Sindical en una lista de unidad con el consenso de todos los congresales, luego de muchos años de fuertes divisiones. Fue reelecto en el cargo en 1972, visitó al General Perón en varias oportunidades y resultó ser el hombre de confianza del líder en el exilio y un nexa con el movimiento sindical. Rucci fue, además, uno de los principales actores del pacto social de 1973 durante la presidencia del Dr. Cámpora. Ese mismo año formó parte de la comisión encargada del regreso de Perón a la Argentina que concluyó en la tragedia de Ezeiza. Mientras que privilegiaba a la Juventud Sindical Peronista, paralelamente intentaba reemplazar a López Rega en su relación con Perón. La historia del asesinato de Rucci, dos días después del triunfo electoral del Gral. Perón en 1973, forma parte de la convulsionada década de 1970, marcando el inicio de un período signado por la violencia política.

Lorenzo Miguel fue otro dirigente sindical de gran influencia y uno de los referentes políticos del peronismo. A los 18 años (1945) ingresó como operario en CAMEA, en 1951 fue electo delegado y en 1955 llega al cargo de titular de la Filial Lugano de la UOM. Estuvo preso por impulsar huelgas dispuestas por la CGT durante la Revolución Libertadora y en el gobierno de Frondizi. Reinició su actividad como delegado gremial en la fábrica Pirelli y Vandor lo integró en la conducción nacional de la UOM como tesorero, manejando los fondos de una de las organizaciones más poderosas del sindicalismo argentino. Con la muerte de Vandor, fue designado Secretario General y posteriormente fue reelecto en ese cargo; en su

trayectoria atravesó varias suspensiones de la personería gremial e intervenciones del sindicato dispuestas por las sucesivas dictaduras militares.

Como Secretario, Miguel hizo crecer al gremio tanto a nivel institucional como político: se multiplicaron las firmas de convenios colectivos, que fueron modelos para otros gremios, así como obras de infraestructura hospitalaria, turística y recreativa, convirtiendo al sindicato en uno de los de más cobertura sindical y asistencial en todo el país.

A mediados de 1970 la Obra Social de la UOM contaba con 550.000 beneficiarios titulares y fue precisamente en este período en que se completa la construcción de la red propia de salud (Bosoer, 2009). El retorno al país de Perón mostró las divergencias entre Rucci y Miguel y las cambiantes estrategias de este último para mantenerse en el poder.

El golpe militar de 1976 enfrentó al sindicato con la detención de varios dirigentes (entre ellos Lorenzo Miguel, que permaneció preso durante 4 años), y con un prolongado período de intervenciones a su red de salud. En 1982 se constituyó una Comisión Normalizadora del sindicato, aunque sus centros de salud permanecieron bajo el dominio estatal. En 1984, Miguel es nombrado nuevamente Secretario Nacional, cargo en el que permaneció hasta su muerte en 2002.

El líder metalúrgico atravesó por múltiples contradicciones durante el gobierno menemista, que no han sido las únicas en su carrera sindical: en 1989, cuando Menem dividió a la CGT, apoyó a Saúl Ubaldini y los gremios combativos con quien rompió en 1990: entre 1991 y 1994 trató de revitalizar la vieja sigla de “las 62” con críticas al gobierno menemista, pero consintió la privatización de SOMISA; en 1995 llamó a apoyar la reelección de Menem; en 1996, en cambio, suscribió dos paros de la CGT, en 1997 se aproximó a Duhalde (de quien después se alejaría) y repudió el pacto de la CGT con el gobierno para impulsar la flexibilización laboral. Menem le había prometido a Miguel la devolución de la red de servicios de salud, aunque el cumplimiento de esa promesa demoró 5 años. Finalmente, en 1995, mediante un decreto presidencial el sindicato recuperó el manejo de la Obra Social, que se encontraba con un importante déficit financiero y con un serio deterioro de su infraestructura edilicia.

A mediados de los noventa, una porción importante de las utilidades empresarias provenía de servicios públicos privatizados y de actividades oligopólicas de explotación de recursos no renovables (gas, petróleo). Un mínimo porcentaje derivó de actividades industriales, mostrando una estructura de rentabilidades típica de una economía que tiende al estancamiento (Nochteff, 1998). Este proceso afectó fuertemente a las pequeñas y medianas empresas que disminuyeron sus niveles de producción.

Como consecuencia de la implementación de las políticas de ajuste impulsadas por el gobierno menemista, varias fábricas metalúrgicas de pequeña y mediana envergadura se vieron obligadas a cerrar, mientras otras fueron privatizadas. El aumento de la evasión de los aportes de las empresas que atravesaban problemas financieros privó a la Obra Social del 40% de sus ingresos. Tanto los salarios como la cantidad de afiliados de la Obra Social cayeron abruptamente en 1999.

Otros motivos de pérdida de afiliados fueron: 1) los acuerdos efectuados entre las empresas fabricantes de automóviles de Córdoba y los dirigentes de SMATA (Sindicato Metalmeccánico) que implicaron el pase de afiliados a dicho sindicato ante el ofrecimiento de mejores condiciones para negociar colectivamente por empresa, y 2) la apertura del proceso de libre elección de Obras Sociales, que provocó una migración masiva de afiliados que han optado por otras entidades. Las divergencias entre diferentes posturas ideológicas, la presión de empresas metalúrgicas para que sus empleados optaran por empresas de medicina pre-pagas u otras Obras Sociales a cargo de dirigentes más aptos para negociar y la disminución progresiva de la calidad de atención de sus prestaciones médicas fueron las principales razones del pase de afiliados.

## **7.2. Estructura de la UOM**

El sindicato estaba regido por el Secretariado Nacional a cargo de 11 miembros. El Congreso Nacional de Delegados de la UOM se reunía anualmente y agrupaba en 1999 a alrededor de 300 representantes de todas las seccionales del país. Esta asamblea decidía el rumbo de las políticas sindicales. El Consejo de Dirección (formado por 90 miembros entre Secretarios generales de las seccionales y una representación proporcional de miembros) propone al Congreso Nacional de Delegados la nómina de los dirigentes a ser electos cada 4 años para el Secretariado Nacional.

La UOM contaba con tres áreas: a) defensa de los derechos de los trabajadores, que se ocupaba de la negociación de las convenciones colectivas y de la protección de los derechos adquiridos de los trabajadores según las leyes laborales. b) la red de salud que administraba los centros hospitalarios propios y los contratos con prestadores privados, y c) el área turística, que se encargaba de la administración de 4 hoteles en distintas provincias del país. La totalidad de los edificios de oficinas, centros hospitalarios y hoteles eran de su propiedad.

Durante la última dictadura militar (1976-83) el sindicato contaba con 6800 empleados, cifra que descendió a 2800 en 1997 y a 1000 en 2002, como resultado de una profunda racionalización de profesionales médicos.

La base de la organización estructural –organigrama– no reflejaba la división de las áreas mencionadas, complicando una adecuada distribución de competencias para una eficiente gestión. Por debajo del Secretario General y Adjunto existían 9 Secretariados con injerencia en las tres áreas. Los Secretariados actuaban como islas autónomas con escasa interdependencia y comunicación entre sí, reproduciendo un estilo verticalista y centralizado de toma de decisiones.

La OSUOMRA (Obra Social de la Unión Obrera Metalúrgica de la República Argentina) fue creada oficialmente en 1970 bajo la Ley Nacional de Obras Sociales 18.610. Su objetivo fue ofrecer atención de salud a los afiliados de las empresas metalúrgicas. El Secretario de Asistencia Social era el responsable de la Obra Social bajo las órdenes del Secretariado Nacional, quien tomaba las decisiones sobre inversiones para construcción, ampliación y equipamiento y compras de insumos médicos y medicamentos.

La composición de los afiliados de la OSUOMRA en 1999 difería según las fuentes consultadas (Cuadro 1). De todas maneras la pérdida de afiliados entre 1999 y 2004 fue muy pronunciada: tomando en consideración los datos de la UOM, en 5 años perdió un 70% de sus afiliados.

Cuadro N° 1 – Población total de la OSUOMRA según fuente – Años 1999 y 2004 En números absolutos

Año y fuente	Cantidad de beneficiarios
1999 – Fuente UOM	421.675
1999 - Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud	514.355
2004 – Torres, Superintendencia de Servicios de Salud	246.000

Fuente: Dirección de Asistencia Social UOM - Superintendencia de Servicios de Salud, 1999, Torres, 2004.

Los datos provenientes de la UOM registraron una población menor que la indicada por la Superintendencia de Servicios de Salud para el mismo año (la diferencia alcanza a 92.680 afiliados a favor de ésta última). Llama la atención esta diferencia entre ambas fuentes: pueden atribuirse al nivel de actualización de los registros de la UOM o al sobre-

registro de la Superintendencia de Salud<sup>1</sup>. De los datos de la Dirección de Asistencia Social de la UOM se desprende que la relación beneficiarios titulares/familiares era de 2,6 personas por titular. La distribución según zona mostraba que algo más de la mitad (54%) de los beneficiarios se concentra en el Área Metropolitana (15% en Capital y 39% en el Conurbano Bonaerense), un 9% pertenecía al resto de la provincia de Buenos Aires y casi 4 de cada 10 afiliados (37%) residía en otras provincias del país: Santa Fe y Córdoba representaban los mayores porcentajes de afiliación. Los afiliados desempeñaban sus tareas en 10.000 empresas en el año 1999.

La distribución de la población por sexo y edad no se encontró disponible al revisar las estadísticas de la institución. Se estimó una población con una sobre representación de los mayores de 30 años y un 30% de mujeres. Esta composición variaba si se considera el total de los beneficiarios, ya que al incorporar al grupo familiar el porcentaje de mujeres ascendía al 60%.

La localización de la oferta de la red de salud del sindicato se concentraba en el corredor situado entre las ciudades de Rosario y Buenos Aires y estaba asociada con la distribución regional de sus afiliados.

La OSUOMRA poseía en 1999, 12 centros hospitalarios con una capacidad de 659 camas, de las cuales 104 estaban destinadas a cuidados críticos<sup>2</sup>. Más de la mitad de las camas no críticas se localizaban en el Área Metropolitana (Capital Federal y Conurbano), un 10% se ubicaba en el interior de la provincia de Buenos Aires y casi una cuarta parte en otras provincias del país. El equipamiento afectado a prestaciones médico-asistenciales se concentraba principalmente en la provincia de Buenos Aires.

En el año 2000 se estimó que el porcentaje de camas ocupadas ascendía al 60%.

---

<sup>1</sup> En este capítulo se tomará como referencia los datos obtenidos por la UOM.

<sup>2</sup> La Maternidad de San Fernando en la zona Norte del Gran Buenos fue cerrada a mediados de 1999 con capacidad de 40 camas.

Cuadro N° 2 - Centros hospitalarios propios de la UOM por región y número de camas – 1998

Centro	Zona	Nº de camas
Policlínico Central	Capital Federal	160
Policlínico Regional Eva Perón	Ramos Mejía, Matanza	80
Sanatorio Regional Avellaneda	Avellaneda	50
Policlínico Felipe Vallese	Quilmes	40
Sanatorio San Martín	San Martín	30
Sub-total	5 Centros	360 camas
Provincia de Buenos Aires		
Sanat. Privado Ntra. Sra. de Luján	San Nicolás	105
Sanatorio Augusto T. Vandor	Campana	24
Clínica Siete de Setiembre	La Plata	20
Clínica Augusto T. Vandor	Tandil	10
Sub-total	4 Centros	159 camas
Provincia de Santa Fe		
Sanatorio Regional R. García	Rosario	120
Clínica Augusto T. Vandor	Venado Tuerto	10
Sub-total	2 Centros	130 camas
Provincia de Córdoba		
Clínica José I. Rucci	Villa María	10
Sub-total	1 Centro	10 camas
<b>TOTAL</b>	<b>12 Centros</b>	<b>659 camas</b>

Fuente: Dirección de Asistencia Social, UOM.

La OSUOMR poseía además 33 consultorios externos que dependían de los centros hospitalarios (la mitad de estos consultorios estaban ubicados en el Área Metropolitana). Originalmente, fueron concebidos como centros de atención primaria, pero a partir de la crisis financiera de los últimos años y a raíz del despido de los médicos afectados, casi la mitad de ellos, durante el año 2000 y 2001, dejaron de funcionar adecuadamente.

El conjunto de la red de servicios fue administrado hasta 1998 por la Dirección de Asistencia Social, que se encargaba de la compra de insumos y de su distribución. A partir del proceso de racionalización y reconversión se produjo una tendencia hacia la descentralización de los centros hospitalarios. La Dirección de Asistencia Social giraba los fondos disponibles e

impartía ciertas directivas y cada uno de los Centros (que contaba con una Dirección Médica y una Administrativa) debía hacerse cargo de la compra de insumos y del pago a los médicos contratados.

Como los Centros Hospitalarios dependían de la rama sindical regional, esa organización hacía imposible tender hacia una estandarización y coherencia en la red de los servicios, factor que disminuía la calidad de su sistema de gestión. La existencia e implementación de reglamentaciones sobre el funcionamiento de los centros era escasa: no existían procedimientos clínicos estandarizados ni evaluaciones periódicas del personal.

La auditoría médica desde el nivel central también era exigua: en el año 2000 contaba con 3 auditores para toda la red. El sistema de comunicaciones entre los distintos Centros era casi inexistente debido a conflictos internos entre dirigentes sindicales de cada una de las Regionales.

La planificación arquitectónica inicial del conjunto de la red fue realizada en los años 70, cuando el sindicato estaba en su apogeo y contaba con aproximadamente 550.000 miembros titulares (casi el triple de los afiliados titulares de 1999 -162.000-). Algunos Centros hospitalarios eran antiguos edificios originalmente pensados para vivienda o comercio y otros presentaban diversos problemas de funcionalidad, mantenimiento y equipamiento obsoleto.<sup>3</sup>

Según los registros de la Dirección de Asistencia Social de la UOM, el promedio de consultas anuales por beneficiario ascendió a 3.6 consultas en 1999 para una tasa plena de utilización; sin embargo, debe considerarse que la tasa de uso real –según estimaciones- sólo alcanzaba al 60% y, por lo tanto, el número de consultas aumentaba casi al doble. En 1998, algo más de la mitad de éstas (el monto total de consultas ascendió a 1.530.312) fue resuelta por servicios propios y el resto mediante contrato externo bajo la modalidad de pago por capitación (96%) y se repartía en diversas provincias del país (64%) y en el resto de la provincia de Buenos Aires (32%). El número de consultas según zona coincidía en general con la distribución regional de los afiliados de la UOM.

El 80% de las prácticas ambulatorias que realizaba la UOM era de baja complejidad, un 16% de media y sólo un 4% de alta complejidad, siendo esta última más elevada en la Capital Federal que en el Conurbano o en el interior de la Provincia de Buenos Aires. En ese sentido, el Policlínico Central de la Capital Federal se constituyó en el Centro Hospitalario de

---

<sup>3</sup> Centros visitados: Capital Federal: Policlínico Central. Conurbano: Policlínico Regional Eva Perón (La Matanza, zona oeste), Policlínico San Martín (San Martín, zona norte), Maternidad San Fernando (San Fernando, zona norte), Policlínico Quilmes (Quilmes, zona sur).

mayor complejidad de la red de la UOM. La mayoría de las consultas y prácticas médicas eran aranceladas mediante el pago de un bono contribución de \$1 para las consultas y de \$ 3 a \$5 para prácticas médicas.

En cuanto a los egresos, la Obra Social produjo 40.000 anuales en 1998, de los cuales el 98% eran altas y el resto defunciones. La cantidad de egresos anuales por cada 100 beneficiarios fue de 10.4 y algo más de la mitad de ellos se registraba en los servicios propios. Los partos constituyeron el 16% del total de egresos. Entre éstos, el 27% eran partos por cesárea, cifra algo elevada, pero que indica una tendencia generalizada de esta práctica<sup>4</sup>. El promedio de días de estadía ascendió a 4.2, incrementándose a 6,8 días en la Capital Federal a raíz de la atención de mayores egresos en áreas críticas. El porcentaje de días de estadía en las áreas críticas representó el 9% del total. La localización de los egresos mostró que las provincias del país (excluyendo a Buenos Aires) aumentaron su participación (44% del total) en relación al total de consultas y al total de beneficiarios.

### **7.3. Situación financiera**

El procedimiento de asignación presupuestaria de la red de servicios se basaba en su lógica de funcionamiento histórico. Los mismos montos globales eran simplemente reasignados año tras año a cada centro sin criterios específicos de evaluación. La organización contable contaba con una mínima discriminación de los gastos. Esta forma de concebir el presupuesto de la entidad ya estaba demostrando cómo la inercia atravesaba todos los procedimientos administrativos.

El índice de liquidez (Cobros y Bancos + Aportes y Contribuciones/ Cuentas a pagar, Remuneraciones y Cargas Sociales) de la OSUOMRA pasó de 1,1996 en 1995 a 0,5035 en 1997 y en 1999 dicho índice fue de 0,1. Desde 1997 la institución sólo pudo cubrir un 50% de sus pasivos a muy corto plazo con sus activos y financió sus actividades corrientes con las deudas a proveedores, mientras que, normalmente, debería haberlo hecho mediante empréstitos bancarios a corto plazo (AFCAN Consultora, 1999). El déficit anual de la Obra Social en 1999 era, según fuentes de la Dirección de Asistencia Social, de \$3.000 millones; sin embargo, la Superintendencia de Salud indicó que el mismo llegaba a \$7.350 millones (Cuadro N° 3)

---

<sup>4</sup> La encuesta a nivel nacional llevada a cabo en 1999 por el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) de la Secretaría de Desarrollo Social, expresa que del total de partos producidos en los últimos tres años el 31% fueron por cesárea. Esta cifra se eleva al 41% en los usuarios con cobertura privada u obra social.

Cuadro N° 3 - Estado de ingresos y egresos - UOM - 1998

<b>Ingresos año 1998</b>	
Por aportes (contribuciones, FSR y voluntarios)	\$68.500.000
Por otros conceptos (PAMI, bonos, alta complejidad, etc.)	\$48.708.000
<b>Total</b>	<b>\$117.208.000</b>
<b>Egresos año 1998</b>	
<b>Total</b>	<b>\$124.558. 000</b>
<b>DEFICIT FINANCIERO</b>	<b>\$7.350.000</b>

Fuente: Superintendencia de Salud, 1999

La UOM fue la entidad más subsidiada por el Fondo de Redistribución (FSR): se le otorgó ya en 1994 la suma de \$ 32, 3 millones en concepto de asistencia financiera (Torres, 2004).

El arrastre de deudas previsionales anteriores a 1991 (129 millones de pesos) fueron contraídas durante su intervención y formaba parte de su déficit. Según las leyes sancionadas en 1989 y 1991, el Estado debía hacerse responsable de asumir dichas deudas. Una parte -\$ 65 millones- fue reintegrada con bonos emitidos por el Estado en diciembre de 1998, y para el año 2000 se esperaba la condonación del resto de la deuda que correspondía a aportes previsionales por un total de 64 millones cuyo deudor era el Estado.

Los proveedores comenzaron a disminuir la entrega de insumos, impidiendo el normal funcionamiento de los Centros hospitalarios. El escenario límite previsto por los dirigentes sindicales en marzo de 1999 implicaba poner en marcha un serio ajuste y, como última medida, arribar a un pedido de convocatoria de acreedores para sanear su elevado pasivo.

De todas maneras sus costos de operación eran elevados. Teniendo en cuenta el total de recaudaciones, el nivel de ingreso per cápita mensual no era tan bajo y podía cubrir mínimamente las prestaciones del Programa Médico Obligatorio. (el monto variaba desde \$19 teniendo en cuenta 500.000 beneficiarios, según la fuente de la Superintendencia, a \$ 27 teniendo en cuenta los 420.000 beneficiarios según la la UOM).

Los gastos de servicios subcontractados representaban la cuarta parte de los gastos operativos, que correspondían tanto a prestaciones médicas (contratos con médicos, clínicas, ecografías y laboratorio en los centros hospitalarios o en servicios externos) como a servicios de sostén (cafetería y ambulancias). La modalidad de pago por capitación era más usual que la de pago por prestación.

Esta estructura de costos de operación era difícil de sostener a largo plazo. La profunda crisis financiera impedía invertir en su red de salud y colocaba a la Obra Social en

una situación desventajosa para competir en el proceso de libre elección. La falta de insumos afectaba directamente el funcionamiento de la mayoría de sus centros hospitalarios.

#### **7. 4. El proceso de Reconversión**

Para paliar la situación financiera, y sin la adecuada planificación, se implementó un proceso de cambio que se inició en 1998 con un recorte de gastos administrativos y la reducción de algunos servicios contratados. Los primeros síntomas de la crisis comenzaron con la demora en los pagos de remuneraciones a empleados administrativos y, especialmente, a médicos del plantel de la Obra Social.

En ese período algunos Secretarios Regionales propusieron ante el Congreso anual de la UOM una severa reestructuración de los gastos en personal médico de los distintos Centros, especialmente en aquellos con un bajo número de giro/cama. Así, se procedió a indemnizar al 20% de los profesionales médicos y –en la mayoría de los casos– se los recontrató por un monto fijo mensual que representaba un ingreso algo inferior al que percibían bajo la relación de dependencia.

En 1998 el Director Médico de la Dirección de Asistencia Social sugirió al Secretariado Nacional contratar a una consultora canadiense encargada de efectuar un diagnóstico de la institución a fin de presentarse a la pre-calificación de los préstamos del Programa PROS del Banco Mundial. Si bien la solicitud del préstamo generaba reticencias, se aceptó realizar ese estudio previo. El informe de consultoría sugirió trabajar en primera instancia en la gestión de la reducción de su red de servicios propios. Para lograr mejorar la calidad de atención y recuperar el nivel de competitividad, propuso disminuir la cantidad de centros con internación, incentivar la subcontratación con el sector privado para paliar el cierre de establecimientos y mejorar la oferta de los consultorios externos sobre una base de accesibilidad geográfica para el conjunto de los beneficiarios de la red.

El Secretariado Nacional rechazó la propuesta y se solicitó a la Dirección Médica trabajar en un proceso de racionalización sin que afectara la red propia. Cada seccional elaboró, a inicios de 1999, un proyecto que contemplaba una disminución de gastos, integración de algunas regionales y escaso cierre de policlínicas y servicios propios, para lograr mayores acuerdos y la aprobación por parte del Secretariado.

De todas maneras, el profundo déficit arrastró nuevamente serios atrasos en los pagos al personal e interrupción de los insumos médicos para un normal funcionamiento de los

Centros. En ese contexto se encararon varias medidas tendientes a salvar el pedido de quiebra, apelando a las siguientes acciones:

a) Pedido de ingreso al Programa Fondo de Reversión del Banco Mundial (FROS)

Ante la gravedad de la crisis financiera y por serias presiones gubernamentales, la OSUOMRA decidió finalmente solicitar el crédito del Banco Mundial. Como uno de los requisitos del Programa exigía que las Obras Sociales no poseyeran deudas con el Estado, el Gobierno debía condonar a la UOM la segunda parte del pasivo por aportes previsionales (\$ 63 millones) para que, a posteriori, se pudiera iniciar la solicitud formal del préstamo. El Presidente Menem se comprometió en 1999, ante las autoridades del FROS, a enviar rápidamente dicha condonación, que debía emanar del Ministerio de Economía.

Si bien el Banco Mundial tenía poco cupo para nuevos desembolsos (el Programa se había iniciado en 1997), convino en otorgar a la UOM un monto de \$33 millones para sanear sus pasivos corrientes y encarar la reversión de la entidad<sup>5</sup>. Mientras tanto, la Dirección Médica de la Obra Social procedió a introducir modificaciones sin contratar a una consultora especializada en salud (otro de los requisitos exigidos por el Banco).

En octubre de 1999, el Ministro de Economía, Dr. Fernández, se negó a asumir la deuda argumentando que *“la norma es general y su aplicación exige un análisis puntual”*. Agregó que no se puede avalar una condonación de deudas por \$ 63 millones en el marco de una delicada situación fiscal (Clarín, 23/10/99). La Jefatura de Gabinete y la Presidencia de la Nación rechazaron los argumentos del Ministro, solicitándole cumplir con las leyes porque la condonación no tenía implicancias fiscales: *“es simplemente un asiento contable, de compensación de una deuda que no existe ninguna posibilidad de cobrar, y con eso posibilitamos el saneamiento de una obra social que tiene 500.000 beneficiarios”* (Miguel Solé, Secretario de Control Estratégico, Jefatura de Gabinete, Clarín, 23/10/99).

La rotunda negativa del Ministro de Economía a firmar el decreto cerró la posibilidad de su ingreso al Programa de Reversión y precipitó el pedido de convocatoria de acreedores.

---

<sup>5</sup> Esta cifra surge de las condiciones del Programa, que otorga a las entidades que solicitan ayuda un monto equivalente a 3 meses de su recaudación mensual.

## b) Reducción del plantel de médicos

La Obra Social se constituía hasta 1997 en el empleador del plantel profesional de los Centros Hospitalarios propios que significaba para sus profesionales percibir una remuneración mensual con sueldo anual complementario y contar con aportes previsionales y cobertura de Obra Social. A fin de reducir los costos operativos, la medida iniciada en 1998 (despidos y recontractación por períodos mensuales renovables) se hizo extensiva a la totalidad de los médicos de los Centros, excluyendo a los Directores Médicos y a los directivos de la Asociación de Médicos de la Unión Obrera Metalúrgica.

Se procedió a efectuar una selección más rigurosa de los profesionales que pasaban a trabajar bajo la modalidad de contratos (con la promesa de no iniciar juicio y esperar el pago de la indemnización) y ello implicó una considerable reducción de gastos operativos. El proceso de pago de las indemnizaciones fue muy lento ante el pedido de convocatoria.

## c) Reducción de sueldos de colaboradores y directivos del Sindicato

El Secretariado Nacional también había decidido disminuir su planta de personal administrativo de la Obra Social y del Sindicato. En ese sentido, solicitó autorización al Ministerio de Trabajo para despedir personal administrativo y bajar el monto de las remuneraciones (359 directivos y colaboradores sindicales) amparándose en el procedimiento preventivo de crisis. Esta norma fue incorporada a la Ley de Empleo en 1991 como una medida previa a las suspensiones, despidos, baja de sueldos o modificación de convenios.

El Ministerio de Trabajo se expidió negativamente en una primera instancia, aduciendo que los sindicatos no tienen la misma naturaleza que las empresas y por lo tanto no podría aplicarse esa norma *“porque el patrón y el sindicato se confunden en una misma entidad”*; unos días más tarde revisó su postura considerando que *“la decisión sólo afecta a los directivos y colaboradores sindicales y excluye a 400 empleados administrativos, por lo tanto el ajuste podría llevarse a cabo dado que los propios directivos son los que solicitan que se apliquen medidas contra ellos mismos”* (Declaraciones del Ministro de Trabajo al Diario La Nación, 18/11/99).

Ese aval provocó el despido de 40 empleados (se incluyó personal de enfermería) pero en ese momento no se terminó de definir el porcentaje de reducción en los sueldos para directivos y colaboradores del Sindicato.

#### d) Gerenciamiento de Centros Hospitalarios

A partir de la solicitud del Secretariado Nacional de racionalizar recursos, los dirigentes sindicales de la zona de Vicente López optaron sorpresivamente, sin consulta previa a los Directores Médicos y Administrativos de los Centros Hospitalarios, otorgar el gerenciamiento de sus servicios a una consultora privada. Si bien cada Regional se manejaba autónomamente, esta estrategia que fue la primera en el ámbito del Área Metropolitana, provocó un enorme desconcierto entre los restantes Secretarios zonales.

Dicha medida significó el cierre de la Maternidad San Fernando, con una capacidad de 40 camas, y del policonsultorio de Tigre, además del despido de 30 personas afectadas a dichos establecimientos. Se preservaron dos consultorios externos (Munro y Caseros) y se procedió a contratar clínicas privadas de la zona para internaciones. La consultora designada ya tenía a su cargo el gerenciamiento de la Obra Social en la provincia de Mendoza desde fines de 1998 y para operar en la Regional Norte (a cargo de un Director Médico y un Contador) contrató a algunos de los profesionales despedidos con honorarios mucho más bajos que los estipulados por la UOM. El presupuesto global estimado para el funcionamiento de esa regional no disminuyó demasiado a partir de su gerenciamiento.

#### e) Delegación de fondos para un manejo descentralizado de los Centros Hospitalarios

En base a las propias propuestas de ajuste presupuestario de cada Centro, aceptadas por la Dirección de Asistencia Social, ésta se comprometió a girar los fondos para la compra de insumos médicos, medicamentos, servicios de mantenimiento y sueldos para el personal estable y contratado (plantel médico). El Secretariado se hacía cargo del pago de contratos con clínicas privadas, las deudas a proveedores anteriores a este proceso y el pago de indemnizaciones por despido.

Las nuevas responsabilidades recaían principalmente en los Directores Médicos y Administrativos de cada Centro Hospitalario que no contaban con la suficiente experiencia ni capacitación para encarar tareas relacionadas con una eficiente gestión administrativa-contable. Además, una vez implementado el sistema, se produjeron notables demoras e importantes reducciones en los montos acordados originalmente, provocando serios problemas en el funcionamiento de los Centros. Los médicos recontratados comenzaron a disminuir los horarios estipulados frente al incumplimiento del cobro de honorarios. La falta

de dinero en efectivo para la compra de insumos médicos retrasó la programación de intervenciones quirúrgicas y la prestación de prácticas especializadas.

Esta situación caótica determinó graves demoras en el otorgamiento de turnos para consultas, prácticas especializadas e intervenciones y un irregular funcionamiento de los Centros. La excepción fue el Policlínico Central –al que le giraban con más regularidad los fondos prometidos-, siendo el responsable de absorber la demanda insatisfecha de los Centros de la Provincia de Buenos Aires y del interior del país.

#### f) Pedido de convocatoria de acreedores

En noviembre de 1999 la UOM, como única salida ante el fuerte endeudamiento, solicitó ante la Justicia su concurso preventivo. Esta estrategia era un primer paso para poder negociar con los acreedores el pasivo y evitar la quiebra de la Obra Social. La decisión de apelar a los Tribunales fue adoptada por el Congreso Nacional de Delegados, el Consejo Directivo y el Secretariado Nacional de la UOM ante la imposibilidad de contar con dinero en efectivo a raíz del continuo bloqueo por parte de los acreedores de sus cuentas bancarias. Para la conducción gremial la medida implicó un respiro para poder manejar la Obra Social contando con los ingresos genuinos por aportes y contribuciones. La presentación fue realizada ante el Juzgado Comercial N° 29, quien tenía hasta 10 días para decidir la aceptación o rechazo del concurso. La aceptación abría un período de verificación de las deudas y una propuesta de un plan de pagos. Si los acreedores acordaban con dicho plan, la Justicia homologaba el convenio. En enero de 2000, la jueza a cargo se declaró incompetente para dictaminar, pasando esta causa a otro juzgado a cargo del Dr. Vasallo que concedió el pedido de convocatoria de acreedores en agosto de ese año.

Algunos responsables de los Centros Hospitalarios atribuían las causas de la Convocatoria a la crisis de la economía global y, especialmente, a la del sector metalúrgico, sumada a la evasión de aportes de empresas pequeñas y medianas y a la insensibilidad del Ministro de Economía por no haber condonado deudas pasadas.

Pero la decisión causó fisuras internas. Casi la mitad de las seccionales (24 sobre un total de 54) solicitaron que se les cancele la deuda para un adecuado funcionamiento. Por otra parte, después de fuertes diferencias con el Secretariado Nacional, el Secretario de la seccional de Villa Constitución (provincia de Santa Fé) -Alberto Piccinini- decidió separarse del sindicato, creando un gremio paralelo, el sindicato de los Trabajadores

Siderometalmecánicos (Sitrasime) adherido a la paralela Central de los Trabajadores Argentinos (CTA, opuesta a la CGT a la que pertenecía la UOM).

De todas maneras, la convocatoria de acreedores permitió, a partir de enero de 2000, girar con mayor regularidad los fondos asignados a las seccionales, y ahorrar recursos para iniciar el pago de indemnizaciones a los médicos despedidos. Pero el colapso de la pérdida de afiliados ya no se podía remediar.

La sucesión de Lorenzo Miguel había recaído en Luis Guerrero que asumió la jefatura de la UOM por un año, pero su repentino fallecimiento en 2003, hizo que el Congreso Anual le confiara por unanimidad el cargo de Secretario de la entidad al ex Jefe de la CGT, Naldo Brunelli, líder de la seccional San Nicolás. La moción del Consejo Directivo fue aceptada por casi 200 delegados presentes hasta que se votara una nueva conducción. Otro pretendiente era el menemista Roberto Monteverde, jefe de la seccional de Capital Federal de la UOM y líder de la línea interna "Augusto Vandor". A esta corriente respondían algunas de las seccionales más fuertes, como La Plata, Rosario, Mercedes, Vicente López y San Martín. Brunelli, en cambio, pertenecía a la línea "José Rucci", a la que respondían las seccionales de La Matanza y Campana (Clarín, 8/5/2003).

Actualmente la UOM cuenta con 6 centros hospitalarios propios en el Área Metropolitana de Buenos Aires (anteriormente contaba con 9 centros propios) y 3 policlínicos bajo la modalidad del gerenciamiento. Además contrata en zona Norte, Sur y Noroeste del Conurbano de Buenos Aires a 10 clínicas privadas. La cantidad de afiliados se ha incrementado a causa de la recuperación industrial: en 2011 contaba con 372.000 (206.000 afiliados titulares y 166.000 familiares).

## **7.5. Los actores frente a la reconversión**

¿Cómo repercutieron todas estas medidas en los diferentes actores involucrados en este proceso? A continuación se describen las opiniones de los representantes del plantel médico, de los directivos y de los usuarios.

### **Plantel médico**

Los médicos entrevistados de los Centros Hospitalarios tenían en promedio de 8 a 15 años de antigüedad en la UOM. El ingreso de los profesionales a esos Centros Hospitalarios

se producía luego de haber finalizado su especialización por recomendación de un colega o un dirigente sindical. Además de percibir hasta el año 1998/99 un sueldo fijo en la UOM, la mayoría ejercía su profesión en Hospitales Públicos y/o en otras Obras Sociales.

Los médicos cumplían sus tareas durante un horario fijo estipulado, en un clima favorable y en una institución no demasiado prestigiosa a nivel académico, pero reconocida como líder de la Seguridad Social médica. En su discurso prevalecía la añoranza de la “época dorada” de la UOM:

*“Antes, entrar en la UOM era un privilegio, estaban los mejores neurocirujanos, cardiólogos, siempre hablando del Central, era un lujo trabajar con ellos. Las guardias eran tranquilas y contabas con insumos. La intervención se robó todo. Es difícil organizarse para lograr el pago de sueldos en tiempo, hace unos meses hubo un intento de paro de FEMECA (Federación de Médicos) que fracasó abruptamente, porque los que tienen la manija son los de la Asociación de Profesionales de la UOM que pactan con los dirigentes.”* (Médica clínica del Policlínico Central)

Aceptaron con resignación las nuevas reglas de juego, a partir de la crisis financiera, pero en un escenario de total incertidumbre para mantener una fuente de trabajo precarizada:

*“Hace 23 años que ingresé en la UOM en tocoginecología, el ambiente de trabajo era bueno en la Maternidad. Me banqué muchas cosas con esta crisis: demoras en los pagos de sueldos, después acepté ser despedida y recontratada en el año 98, nuevamente hubo demoras en el pago de honorarios, pero como pagaban razonablemente seguía aguantando. No ví un peso de la indemnización prometida y ahora encima cierran la Maternidad. Por suerte la gerenciadora me ofrece seguir trabajando en Munro pero cuando me plantean el monto de honorarios creí que me estaban cargando: \$ 4 por consulta ginecológica y \$ 6 con Papanicolao y colposcopia. Imaginate que yo en San Fernando cobraba una suma global, pero si la prorrateaba por consulta, el monto era de \$10. Acepté igual porque necesito trabajar, estoy buscando otras cosas hasta que me paguen lo adeudado.”* (Médica del Policonsultorio de Munro, a cargo de una gerenciadora)

Si bien orgánicamente respondían a sus Jefes de Servicio, la mayoría reconoció injerencias frecuentes y controles en los actos médicos por parte de los dirigentes sindicales:

*“El control por parte de los sindicalistas es constante, ellos definen a veces a quién atender, porque muchos de los pacientes que atendemos o no están afiliados o hace más de tres meses que fueron despedidos y siguen viniendo por orden de ellos. Constantemente quieren controlar, lo pueden hacer porque esa es su función, pero que no se metan en la profesión.”* (Médico Clínico del Policlínico Regional Eva Perón, La Matanza)

La causa de la crisis en la Obra Social se atribuía al deficiente manejo financiero por parte de la cúpula sindical, y el personal médico –no siendo responsable de dicha situación– debía hacerse cargo del deterioro ocasionado en los centros de salud ante los usuarios:

*“Nos piden que hagamos un esfuerzo, nos prometen cosas que no cumplen y los sindicalistas no quieren perder, no es fácil atender a la gente que está con bronca porque tiene que esperar mucho para un turno, hay maltrato hacia nosotros y si bien les explicamos que no cobramos, en parte los pacientes tienen razón, pero ¿porqué no se quejan en el Sindicato?. Nosotros no tenemos la culpa de lo que está pasando, el país anda mal, es un hecho el cierre de empresas y la reducción de los afiliados, pero creo que hubo malos manejos financieros desde que la UOM se hizo cargo de la administración de la Obra Social.”* (Médico clínico del Policlínico de San Martín)

Con el pedido de convocatoria reconocían su precaria situación laboral, debiendo encarar nuevas estrategias para insertarse en un mercado de trabajo precarizado al que debían adaptarse. Así se exacerbaban sentimientos de desamparo e indignación hacia los dirigentes:

*“los médicos estamos subvalorizados, económicamente, éticamente y profesionalmente. Piden la convocatoria pero el plantel del sindicato aún no se achicó; yo confiaba que iba a cobrar la indemnización y por eso me quedé trabajando por contrato, pero ahora... no sé cuando me van a pagar lo que me adeudan. No sé si seguiré aquí, el Hospital no lo dejó pero tengo que buscar un ingreso adicional, no es fácil hoy en día para un médico conseguir algo en relación de dependencia, el Hospital y la UOM son mis paraguas protectores, pero uno se rompió.”* (Médico del Policlínico de La Matanza)

Si bien la crisis los golpeaba, intentaron pensar en reorientar su profesión para un crecimiento personal, pero conservando el trabajo en la UOM bajo otras modalidades:

*“no acepté seguir por contrato en neonatología, yo cumplía guardias y hacía sala hace mucho tiempo y siento que tengo ganas de hacer otra cosa, ya me capacité como ecografista y me atrae mucho más trabajar en esto. Ya hablé en el Central con los directores para que me acepten en ecografía con pago por honorarios, pero el servicio es contratado y ellos tienen sus propios profesionales. También me anoté en una Maestría de Gestión en Sistemas de Salud pensando que con la indemnización podía pagarla. Ahora que está en convocatoria la UOM, creo que finalmente consultaré con un abogado, ya no tengo esperanzas que me paguen tal como prometieron.”* (Médica del Policlínico Central)

Estos testimonios reflejaban una doble crisis de la salud y del trabajo: por un lado transitaban por el derrumbe institucional de la atención de los servicios de salud y, por otro lado, fueron los perjudicados ya que les afectó su relación laboral establecida.

#### Directores médicos y administrativos de los Centros Hospitalarios

La crisis financiera hizo que las direcciones médicas y administrativas de los Centros trabajaran más sólidamente en equipo intentando paliar los múltiples problemas de funcionamiento. Los Directores Médicos debieron aprender forzosamente el manejo de la gestión administrativa y contable, y asumir decisiones ante el plantel médico, los gremialistas de su seccional y del Secretariado Nacional. Admitían además que los cambios externos propuestos podían servir para rescatar a la institución:

*“el presupuesto del Policlínico hace 2 años era de \$850.000 y ahora es \$ 370.000 mirá que diferencia y sin embargo tampoco cumplen con esta remesa. Hace dos semanas se paró la atención en consultorios externos porque los médicos no venían. Yo les digo a los médicos que tengan paciencia, las guardias y las consultas están muy bien pagas en comparación con las clínicas privadas u otras obras sociales. Pero también sé que esto así no puede seguir. Las propuestas de cambio de las diferentes consultoras me parecían lógicas, la UOM se quedó en la historia y tiene que cambiar.”* (Director del Policlínico La Matanza)

Reconocían sus falencias para administrar con criterios modernos y la necesidad de capacitarse en gestión de servicios de salud para adquirir herramientas que superaran las acciones imprevistas:

*“yo empecé a hacer un curso en el Hospital Rivadavia sobre Administración Hospitalaria, porque nos tiraron este fardo, que además está mal tirado porque no cumplen con las promesas del total de los desembolsos, pero nadie nos enseñó a usarlo adecuadamente, vamos improvisando sobre la marcha, si llega una remesa vemos cómo hacemos para dividirla entre todos, y eso implica estar siempre hablando con la gente para que entienda que lo poco que hay debe dividirse.”*  
(Director Médico del Sanatorio de Quilmes)

Y con la administración de una gestión más descentralizada comenzaban a aparecer ciertas inquietudes y conflictos que hasta ese entonces estaban omitidos: *“No es fácil administrar el Central en la crisis, debemos atender a los afiliados del Conurbano e Interior que quedan sin atención, pero somos solidarios e intentamos cubrir todo. Ahora cada uno debe manejar el presupuesto de su Centro, pero nosotros debemos absorber con el mismo dinero las falencias de los demás”* (Administrador del Policlínico Central). También se generaban situaciones competitivas y se quejaban por cierto favoritismo: *“hoy el Policlínico Central es un poco la estrella, cuando no podemos atender derivamos necesariamente”* (Director del Sanatorio de San Martín).

Algunos atribuyeron la deficiente administración de la Obra Social a la cúpula sindical y consideraban que en épocas de crisis las diferentes lógicas entre médicos y gremialistas se ahondaban:

*“yo creo que existe un profundo resentimiento de clase por parte de los sindicalistas, no aceptan en el fondo que nosotros seamos universitarios y ellos no, aunque sus hijos accedieron a la Universidad, se sienten disminuidos, no tienen otro lugar que no sea éste. Requieren obsecuencia de nosotros, constantemente dicen: “hay que ponerse la camiseta de los metalúrgicos” y cuando no nos pagan los sueldos alegan que total no importa un mes de atraso porque los médicos siempre tenemos otro trabajo aparte de éste en cambio los empleados administrativos o los del sindicato viven de esto.”* (Directora de la Maternidad San Fernando, cerrada en 1999)

Del mismo modo que los médicos entrevistados, los Directores Médicos se quejaban por las injerencias de los sindicalistas en su accionar, ahondándose las diferencias políticas entre diversas seccionales:

*“la UOM funciona mal porque la dirigencia sindical anda mal, hay un capo más 12 tipos que conforman el área de la seccional y hacen lo que quieren. Estamos muy controlados por el sindicato, si atendemos mal a los pacientes ellos van al sindicato y después a mí me llegan las quejas. Y ojo que la seccional de La Matanza se lleva mal con Lorenzo Miguel porque hay diferencias importantes entre ellos.”* (Director del Policlínico La Matanza)

Paralelamente rescataban los aspectos solidarios de la atención médica que sólo podían continuar implementándose por el respaldo que brinda la estructura institucional: *“Nosotros atendemos a todos, a los despedidos, les damos de comer a los familiares de los internados, quizás ahora no los atendamos demasiado bien por la crisis, pero las puertas de la Dirección están abiertas, cualquiera accede a nosotros, y tienen dónde quejarse”* (Directora Administrativa del Sanatorio de Quilmes).

No todas las críticas estaban dirigidas hacia la cúpula sindical, también se atribuían las causas del mal al proceso de reforma de Obras Sociales:

*“El sistema de salud tiene una estructura perversa, la libre elección termina desfinanciando a las Obras Sociales. El Banco Mundial es un negocio, yo trabajé muchos años en una Obra Social que ahora está privatizada y la gente recién ahora se da cuenta de lo maravilloso que era la atención antes.”* (Director del Policlínico La Matanza)

Algunos entrevistados reclamaban un cambio en la estructura institucional para recuperar la calidad de atención y a sus afiliados que se veían compelidos a atenderse en hospitales y centros de salud:

*“Creo que la convocatoria como hecho externo cambiará algo en su interior. Es difícil trabajar en una institución que no puede amoldarse a los tiempos modernos, si le fuera bien no hay problema, pero cada vez perdemos más gente, y creo que seguiremos perdiendo porque la gente termina atendándose en el Hospital, yo que*

*trabajo en el Hospital de la zona veo a los afiliados ahí.” (Director del Sanatorio de San Martín)*

Las contradicciones se hacían más evidentes. Creían necesario adaptarse a los procesos de reconversión, ideando iniciativas de supervivencia acordes a los tiempos actuales, pero al mismo tiempo deseaban mantener la identidad solidaria y la red de servicios:

*“Hoy no podemos manejanos con una institución que fue pensada para más de 1 millón de beneficiarios, hay que capacitar mejor al personal que trabaja en nuestra institución y modificar la estructura de nuestra red de atención. Yo hablo con los Directores de Personal de las empresas y tal como ellos se aggiornaron, nosotros también debemos hacerlo. Mi hija tiene una pre-paga privada y vive en el Conurbano y no tiene tantos Centros como tiene la UOM, tiene que viajar siempre a Capital para atenderse y los turnos no se dan tan rápido. El tema es cómo seguimos siendo solidarios modificando nuestra estructura.” (Administrador del Policlínico Central)*

Los testimonios de los entrevistados hicieron palpable el choque provocado por la expiración de un modelo concebido para otra época y la necesaria adaptación a un cambio de paradigma que debilitaba aún más los ejes de la identidad sindical.

#### Dirigentes gremiales y de la Dirección de Asistencia Social

Los contactos con dirigentes gremiales fueron asiduos pero muy pocos aceptaron ser entrevistados, logrando dialogar sólo con aquellos que tenían una postura más crítica frente al Secretariado Nacional.

Las opiniones adversas sobre la capacidad de concentración de poder de Lorenzo Miguel, comenzaron a expresarse desde varias seccionales que decidieron unirse para efectivizar sus reclamos ante la separación formal de la Seccional de Villa Constitución:

*“nos unió la desesperación, rechazamos la expulsión del Secretario de Villa Constitución y reclamamos la federalización de los recursos, no podemos manejar así la atención de la salud de nuestras regionales. Exigimos un cambio, nos pareció adecuada la propuesta de la consultora canadiense, forma parte de un gremio similar al nuestro y su sugerencia de asociarnos creo que es correcta.*

*Claro que una de las condiciones es separar el manejo de la salud y el del sindicato. Y eso implica delegar poder. Pero si se hubiera aceptado dicha propuesta de asociación, podríamos recuperar nuestra imagen de sindicato que ha sido el más emblemático del país.” (Dirigente gremial de La Matanza)*

El manejo sumamente centralizado del gremio y las pujas internas ante períodos de renovación de delegados afectaban las decisiones sobre el futuro de la Obra Social. Cualquier moción en la que estuviera implícita un gerenciamiento, una asociación o la unión con dirigentes sindicales de otras ramas de actividad, era ampliamente rechazada por parte del Secretariado:

*“ahora estamos en un parate porque cualquier propuesta debe convalidarse en el Congreso de Delegados. Yo sé que debe hacerse una reestructuración, pero tampoco acuerdo con darle el gerenciamiento a una consultora como lo han hecho algunos compañeros de otras seccionales, o endeudar al sindicato con el préstamo del Banco Mundial, prefiero compartir las ganancias y ver crecer a la UOM, por eso busqué nuevas propuestas como asociación con Canadá me pareció la más conveniente. Fue rechazada hace un año cuando el ahogo financiero no era tan grande pero nuevamente es rechazada en el medio de nuestra hecatombe... Yo creo que si seguimos perdiendo afiliados, no tanto por la libre elección, sino por el cierre de empresas, tendremos que juntarnos con otros sindicatos y compartir nuestra infraestructura que es muy valiosa.” (Dirigente sindical de Quilmes)*

Al indagar sobre las causas de la pérdida de afiliados a partir del proceso de libre elección, culpaban a empresas y a algunos dirigentes disidentes del Sindicato:

*“Hubo presión de las empresas y de la seccional de Villa Constitución. Los afiliados más antiguos no se han pasado, saben que los atendemos bien, los que se pasan son los jóvenes con cargos administrativos que no tienen incorporado el criterio de solidaridad que impregna a nuestra obra social. Recibimos el pedido de pase de un afiliado que terminó de hacerse una cirugía de alta complejidad aquí, lo hemos atendido muy bien, la cirugía fue un éxito, y ahora se va...” (Delegado sindical de Capital Federal)*

Los responsables de la Dirección de Asistencia Social jugaron un rol de intermediación, intentando defender una necesaria reconversión ante el Secretariado Nacional.

Ellos fueron, junto con los Directores Médicos de los Centros Hospitalarios, los primeros creadores de proyectos alternativos que implicaban cambios en la estructura de la red y los que solicitaron consultorías externas para el ingreso al Programa del Banco Mundial o buscaban propuestas de asociación, para solucionar el déficit financiero. Los rechazos constantes ante nuevas opciones que afectaran el statu quo imperante era la estrategia de los delegados del Secretariado Nacional que dejó sin márgenes de acción a los responsables de la Dirección de Asistencia Social:

*“después de tantos fracasos para lograr un cambio, no sé cómo hacer para convencer a los sindicalistas que piensen ellos una salida decorosa. Todos los expertos –incluso los sanitaristas amigos de Lorenzo Miguel- piensan lo mismo: debemos cerrar centros, pensar en una estructura menos diversificada, más centrada en el primer nivel de atención, achicar costos, contratar más por capitación con servicios privados, vender nuestros edificios propios y hacernos más competitivos. Yo concuerdo con estas propuestas, porque es la única salida, pero en el Secretariado Nacional me dicen que yo quiero destruir a la institución.”*  
(Director Médico D.A.S.)

#### La opinión de informantes clave sobre el futuro de la UOM

Era de interés indagar entre los informantes clave entrevistados, además de su opinión sobre el proceso de reconversión de Obras Sociales, cuáles eran las perspectivas futuras de la Obra Social. La mayoría de los consultados vislumbraron cambios en la estructura y funcionamiento de la UOM, y coincidían en las causas de su crisis. Algunos sólo justificaban la declinación por la situación macro-económica:

*“no es sólo el reflejo de crisis sectoriales (salud y sector metalúrgico) sino la consolidación de un modelo aperturista que ha perjudicado a los sectores de la producción. Las estadísticas sobre la caída del PBI industrial, el estancamiento del sector fabril y de la actividad manufacturera, la contracción de las exportaciones y el crecimiento del sector servicios (especialmente el financiero avalan esta declinación”. Con respecto a la participación de los trabajadores, estaban convencidos que una de las vías más potable “es la representación a través de sus delegados gremiales que son los que cuidan la salud de los afiliados.”* (Integrante de ONG especializada en Seguridad Social)

La convocatoria de acreedores de la OSUOMRA y un saneamiento interno de sus finanzas constituían mecanismos para superar la crisis, aunque reconocían que un mejor control financiero por sí solo no bastaba, ya que quedaba pendiente una profunda discusión interna sobre su futuro; como por ejemplo una asociación con otras entidades era una alternativa viable: así vislumbraban como posible escenario que se asociara con el Sindicato de Mecánicos (SMATA), *“que si bien aún es el peor enemigo, podría llegar a ser el mejor socio”*.

Los que estaban convencidos que el gobierno fue el principal responsable, reclamaban solucionar la situación del desempleo, así como una asistencia específica para salvar a la Obra Social: *“desde el propio sistema deberían instrumentarse mecanismos de seguimiento que permitan a las obras sociales hacer frente a circunstancias como la que atraviesa la UOM, hasta que se resuelvan problemas sectoriales a través de la adopción de las correspondientes medidas económicas”* (Integrante de ONG especializada en Seguridad Social).

Otros además reconocían que las causas macro-económicas tenían incidencia, pero rechazaban el fuerte impacto de las estrategias corporativistas: *“los representantes de corporaciones –incluyendo a los sindicatos- encuentran siempre la fórmula para equiparar el bien común con sus intereses particulares”* (Médico Sanitarista). Y creían que el gobierno no debía hacerse cargo de la situación de la UOM, ya que los manejos poco eficientes de la entidad no fueron responsabilidad exclusiva de la órbita gubernamental: *“la UOM debería haberse aggiornato hace mucho, debería haber previsto su sobredimensionamiento, prefiere hundirse antes que cambiar”* (Médico Sanitarista). Preveían, con la asunción de las nuevas autoridades mayores estrategias confrontativas, entendiendo que los dirigentes de la UOM ya no gozarían de influencias ni concesiones: *“Lorenzo Miguel (Secretario de la UOM) podía llamarlo a Menem y pedirle favores, pero como ahora está debilitado, no podrá hacer lo mismo”* (Dirigente de Sindicato Bancario). En ese sentido los cambios de gobierno constituían un elemento importante a favor de la reforma: *“los dirigentes radicales ya plantearon –incluso antes de su asunción– pautas bien definidas que intentan profundizar la reforma, con el último fin de quebrar el poder de los sindicatos”*.

Coincidían con la visión de algunos gremialistas más progresistas de la UOM al presagiar una necesaria asociación de la entidad con otras obras sociales *“si no quieren desprenderse de su infraestructura que la compartan entre varias obras sociales. Ese es el verdadero sentido de la solidaridad”* (Médico). Impulsaban una apertura democrática nuevas formas de representación.

Ciertos testimonios enfatizaban el fracaso de la era neo-liberal y la necesidad de mejorar los mecanismos de regulación por parte del Estado y crear alternativas para que la población sin cobertura mejore el acceso a la atención de su salud:

*“la política de limitar las funciones del Estado y confiar en las reglas del mercado se ha mostrado impotente. La impotencia radica en la insuficiencia de la actividad ordenadora del Estado”(desde una perspectiva filosófica la desregulación significa perder sentido de propiedad, es decir, solamente se puede ser propietario si uno arma su propia organización en torno a la rama de actividad, a su trabajo. Entonces la afiliación tiene que ser obligatoria para poder preservar el carácter de beneficiario y no pasar a ser un mero cliente o usuario del sistema. Es un hecho que la cautividad ha permitido la desviación de determinados principios del sistema, pero para evitar esto hay que introducir nuevos métodos del sistema de mercado: el conocimiento de la población beneficiaria, el marketing social, la comercialización y el control de gestión.”* (Sanitarista del Foro de la Seguridad Social)

## **7.6. La visión de los beneficiarios**

Dada la dificultad metodológica que implica estudiar la evaluación de la calidad de atención, se decidió llevar a cabo un estudio cualitativo previo a la investigación cuantitativa. El objetivo de esa primera fase fue, por un lado, indagar las actitudes, valores y expectativas de los usuarios de la Obra Social y, por el otro, intentar construir indicadores novedosos con el fin de incorporarlos a un cuestionario estructurado.

### **7.6.1. Etapa cualitativa**

Se efectuaron 10 entrevistas en profundidad en base a una guía de pautas (ver en el anexo) a afiliados de ambos sexos de la OSUOMRA. El trabajo de campo se realizó en octubre de 1999 y su objetivo fue explorar algunos aspectos relacionados con el significado atribuido a la salud, al acceso y al uso de la Obra Social, la evaluación de la calidad de atención y la predisposición al cambio de entidad. Se contactó a los beneficiarios a través de la técnica de bola de nieve y se los entrevistó en sus domicilios<sup>6</sup>. Las entrevistas, con una

---

<sup>6</sup> Las entrevistas fueron efectuadas por Liliana Findling, María Arruñada y Liliana Giménez.

duración media de 30 minutos, se hicieron con el consentimiento de los entrevistados y fueron grabadas para facilitar su análisis (Guía de Pautas en Anexo Estadístico UOM).

#### Algunas características de la muestra

La muestra no probabilística quedó conformada por 7 mujeres y 3 varones con un rango de edades entre los 23 y los 42 años (Grilla I, Características sociodemográficas, al final de este apartado). La mayoría de los entrevistados se declararon casados y con hijos (de 2 a 4 hijos). Con respecto a la relación de parentesco que ocupaban en el hogar, 3 informaron ser jefes, 6 cónyuges y una, hija del jefe del hogar. La mitad de los entrevistados residía en viviendas alquiladas y el resto era propietario. En cuanto a la posición ocupacional, 2 mujeres eran empleadas, 4 varones trabajaban como operarios especializados en la industria metalúrgica y uno se desempeñaba como chofer. Estos entrevistados señalaron ser afiliados titulares de la UOM, y trabajaban entre 30 y 45 horas semanales. El resto (3 mujeres) era ama de casa. El nivel de educación alcanzado fue heterogéneo: 3 completaron el nivel primario, 4 declararon tener estudios secundarios incompletos, 2 finalizaron este nivel y un entrevistado alcanzó estudios universitarios incompletos.

#### ¿Qué significa cuidar la salud?

Era de interés indagar sobre las actividades de cuidado de las personas ya que éstas han cobrado mayor relevancia en años recientes a raíz de las transformaciones sociodemográficas que afectan a la familia. Desde una perspectiva de derechos humanos, el cuidado de la salud refiere al derecho a cuidarse, a cuidar a otros y a ser cuidados (Pautassi, 2007). Entre los beneficiarios entrevistados, el concepto salud fue percibido como lo contrario al de enfermedad, “*es no estar enfermo*”, “*es estar bien*”. Se alude al dolor, angustia y problemas económicos al pensar que alguno de la familia pueda enfermarse: “*...para mí sería lo peor que se enfermen mis hijos y no tenga plata para solucionarlo, salir a las corridas, todo eso,....una operación o un trasplante, o algo que no lo pudiera solucionar rápido*” (Clara, 33 años). Algunos hacían referencia no sólo a los aspectos físicos, se alude a “*lo psicológico y a todo el cuerpo, estar sana es estar bien*” (María, 23 años). Sólo dos entrevistados asociaron “salud” con el trabajo y con la posibilidad de cobertura de Obra Social: “*La UOM es una gran protección...para la salud y la supervivencia... si hay trabajo puede haber salud, si no, no*” (Luis, 27 años). Y también Juan (47 años) consideraba que

mientras tenga trabajo “...uno está en paz y en buenas condiciones, no quiero enfermarme más, quiero trabajar y mantener a mi familia”.

Al indagar sobre el “cuidado de la salud” algunos entrevistados no diferenciaron entre éste y la salud, ya que en general se asimila el estar sano al cuidado de la salud.

Las mujeres aludieron a la responsabilidad por el cuidado de la salud familiar desde la prevención. Esta actitud preventiva se detectó cuando expresaban aspectos relacionados a la higiene personal y hogareña, a la alimentación adecuada, a la realización de controles o chequeos periódicos y a la concurrencia al médico ante cualquier situación que lo requiera. Sólo una entrevistada asoció el cuidado de la salud a la situación económica y a una adecuada atención: “...tiene que ver con el presupuesto, con la “guita”, que el lugar adonde vos te hacés atender, adonde atienden los médicos tenga todo lo necesario para eso, porque si no, no te pueden dar una buena atención... los médicos deben estar bien para ejercer su profesión lo mejor que puedan” (María, 23 años).

Estas respuestas están perneadas por el género, ya que las funciones reproductivas femeninas originan necesidades específicas relacionadas con el embarazo, parto y posparto, anticoncepción, aborto, menopausia y posmenopausia, así como las infecciones de transmisión sexual incluyendo el Sida y el cáncer cérvico-uterino y mamario (López, Findling y Abramzón, 2006).

Por otra parte, las mujeres incorporan desde muy temprana edad el rol de principales cuidadoras de la salud familiar, que les atribuye cualidades innatas para el ejercicio de esa función: sensibilidad, ternura, paciencia, sacrificio, comprensión y entrega. Los varones, en cambio, interiorizan el deber de proveer sustento económico a la familia y a ellos se les asignan atributos relacionados con la fuerza, destreza, valentía, competitividad, agresividad, conquista y potencia sexual. Cada uno de ellos, a la manera socialmente esperada, cumple el mandato de brindar protección a otros (López, Findling et al. 2009).

Los varones consideraban que el cuidado de la salud está relacionado con la tenencia de cobertura y, en forma espontánea, algunos compararon la atención de la Obra Social con otros servicios. Así, para Daniel (35 años) el cuidado de la salud es “...hacerse chequeos, cuidarse uno mismo...ver qué te hace falta, concurrir a la Obra Social.... no vas Na comparar con un hospital público, te atienden así nomás, andan con muchas vueltas, en cambio en la Obra Social te atienden más rápido...te atienden mejor”, y Luis (27 años) destacaba nuevamente los beneficios de estar inserto en el mercado de trabajo:

*“...el trabajo, comer bien, tener una casa de tamaño mínimo como para estar bien, de buen material....y trabajo, porque aparte que te da de comer, te permite comprarte los remedios y eso”. “Las personas deben contar además con información y buen ánimo....cuando la persona trabaja está de buen ánimo....y gente más grande que yo que tiene familia, yo por ahora no... es muy importante, le da mucha seguridad y la seguridad te permite estar bien”.*

#### Uso de otros servicios y tiempo de viaje

La mitad de los entrevistados utilizaba otros servicios además de la UOM (Hospitales Públicos, Salas de Primeros Auxilios). Algo más de la mitad de las mujeres (4) compartía el uso y el resto asistía exclusivamente a centros de la UOM. De los 3 varones, 2 usaban sólo la UOM y uno se atendía en el Hospital Público.

¿Por qué los entrevistados utilizaban otros servicios además de la UOM? Expresaron como principales motivos la cercanía al domicilio, el menor tiempo de viaje y, por ende, una reducción en el costo de transporte. En menor medida se enunciaba la búsqueda de otras opiniones médicas y la disconformidad por el pago de aranceles de la UOM.

Clara (33 años, casada y dos hijos) concurría a la Clínica de Isidro Casanova; desde su hogar hasta allí tiene un viaje de 5 minutos en colectivo, y también le queda cerca la Clínica de Laferrere (donde había nacido su hija menor). Además se atendía en el Hospital Provincial N° 21 y en la salita de su barrio. A estos dos lugares llegaba sin tomar colectivo. La clínica de la UOM de Casanova tenía, según ella, todos los servicios que ella requiere: dentista, pediatra, ginecólogo y las prácticas que le indican:

*“La Obra Social es muy importante en mi familia porque yo voy y me atienden lo más bien.....y no tengo que estar esperando.... los estudios, todo eso que me dan no son de acá a un mes como en el hospital....siempre recurrí a hospitales pero yo pienso que la Obra Social te valoriza mucho”. A veces voy acá a la salita o al hospital, lo que pasa es que tengo más cerca ese lugar. Para ir a Casanova tengo que tener plata para el boleto y para los bonos....a veces yo tengo que salir con mis hijos y tengo que tener plata....., va todo mal económicamente y bueno, me atiendo acá y me conformo.”*

Ester (37 años, casada, dos hijas) vivía en Merlo y concurría, además de la UOM, al Hospital de Haedo y al Álvarez. Durante la entrevista se hizo evidente un marcado disgusto

con la atención de la UOM: “\$5 una ecografía, con todo lo que te descuentan, más el viaje, tenés que tener plata....que te den un turno pero que te atiendan, no que te hagan venir, y gastar plata... así te vas más enfermo... te tendrían que avisar por teléfono cuando no van a atender”.

Elvira (30 años), recurría también al Hospital de Gonnet privilegiando la cercanía: “...me queda cerca, conozco el lugar, nunca hay que quedarse con una sola opinión....es importante tener cobertura para internaciones, es bueno tener varias opciones”.

Los que utilizaban exclusivamente los servicios de salud de la Obra Social se habían atendido en alguna oportunidad en Hospitales Públicos pero encontraban en la UOM, mayores ventajas comparativas: “decidimos afiliarnos porque pensamos tener un bebé y para estar mejor atendidos. Antes iba al Hospital de Berazategui pero teniendo Obra Social no hay que ir al hospital y sacar turno y esperar y que te atiendan por ahí otro médico distinto” (Silvia de 25 años y primer embarazo). María (25 años), que también concurría sólo a la UOM, aclaró que sería conveniente tener otros servicios más cercanos a su domicilio para ahorrar tiempo

Los entrevistados conocían otros servicios privados además del Hospital Público pero nunca los habían usado: “Sí, Medicorp por ejemplo....se dice que es más completo, más serio, no sé cómo será..., tienen más aparatos, más atención” (Daniel, 35 años).

El tiempo de viaje es una de las barreras para el acceso: la mitad de los entrevistados tardaba entre una y dos horas para trasladarse desde el Conurbano hasta el Policlínico Central. Van allí porque consideraban que es el lugar más completo, ya que contaba con todas las especialidades a las que debían recurrir, o porque comenzaron atendándose en ese servicio (antes vivían cerca) y no quisieron cambiar por desconocer otros centros de atención más cercanos a su nuevo domicilio.

#### Evaluación de diferentes aspectos de la Obra Social

En general el **personal** de la Obra Social fue bien evaluado (bueno o muy bueno) siendo escasas las valoraciones negativas. El personal administrativo fue percibido como cordial, atento y de buen trato pese a que se critica la asignación de turnos, teniendo en claro que este aspecto no dependen del personal encargado de ejecutarla. Las enfermeras fueron bien calificadas: las consideran amables, pendientes de lo que pasa, orientan al paciente y, en casos de internación, opinan que su desempeño ha sido favorable. La atención de los médicos fue mejor valorada y era unánime la opinión acerca de que sus indicaciones fueron claras y

fáciles de entender. Muy pocos indicaron que el médico no contaba con la historia clínica en el momento de la consulta, cuya duración en promedio era de 10 a 15 minutos.

En cuanto a la **obtención de turnos y tiempo de espera para la realización de la consulta**, los entrevistados afirmaron que, en general, este aspecto no constituía un grave problema. En algunas especialidades el plazo de asignación de turnos era prolongado, como por ejemplo en oftalmología o endocrinología, debiendo esperar casi 15 a 20 días para la realización de la consulta. En la mayoría de las regionales no se podía solicitar turnos telefónicos, aspecto que creaba serios inconvenientes para los afiliados que vivían lejos del centro de atención. Para las prácticas diagnósticas el tiempo de espera variaba de 3 a 15 días. En casos de urgencia los plazos se acortaban.

Nuevamente las quejas por la asignación de turnos y por la deficiente organización y la comunicación con los pacientes:

*“yo me atiendo junto con mis hijos con el dentista en Casanova, allí se dan turnos sólo el sábado a la mañana, y puedo elegir el horario y día para cualquier día de la semana siguiente. Si tienen toda la semana para dar turno ¿por qué dar solamente un sábado que tengo que madrugar?. Tengo que llegar el sábado antes de las siete y tengo que esperar hasta las siete que atiendan, y no hay cincuenta ni sesenta, hay doscientas, trescientas personas.” (Clara, 33 años)*

*“yo tenía turno para una ecografía, al llegar pagué el bono, pero luego me avisaron que no podían hacerla; estaba en ayunas porque así me lo habían indicado, y antes de emprender el viaje de regreso iba a tener que comer algo. No entiendo por qué no me avisaron por teléfono que se anulaba el turno, además del tiempo lamento el gasto que me ocasionaron.” (Ester, 37 años)*

No se observaron dificultades con el **tiempo de espera para la cita con el médico**: los entrevistados declararon haber esperado entre diez y quince minutos. Sólo apareció una queja respecto a un médico al que había que esperar durante más de una hora.

Criticaron el tener que **pagar aranceles**: algunos afiliados creían que la retención de su salario debería bastar como pago por los servicios que reciben. Sin embargo, algunos justifican este requisito: *“todas las obras sociales cobran un bono, no es mucho lo que cobran....la ecografía es moderada porque si voy a una particular no la voy a poder pagar”*

(Clara, 33 años), *“a lo mejor cobran para mejorar algunas cosas de las clínicas...no sé...para ampliar algo, para comprar algo...no sé.”* (Cristina, 26 años)

Las opiniones negativas referidas a la **compra u obtención de medicamentos** fueron más frecuentes y taxativas: *“la farmacia del Policlínico no tiene nada, allí no se puede conseguir ningún remedio; debería ser mayor la cantidad de farmacias que vendieran con descuento a esta Obra Social”* (Daniel, 35 años). Se aludieron dificultades pensando en quienes no podían pagar los aranceles ni comprar remedios. Apelaban a anular la compra de bonos porque implicaban largos trámites y requerían la entrega gratuita de medicamentos.

### Ventajas y desventajas del servicio

Entre los **aspectos positivos** del centro de atención se mencionaron, en primer lugar, la atención recibida de parte de médicos y enfermeras: *“Me siento protegida y segura, me van a atender bien a mi y a mis hijos”, “son todos muy amables. Te tratan bien y hay un trato y conocimiento de antes, en el hospital pueden atenderte distintos médicos”* (Elena, 42 años). En segundo lugar se aludió a la atención brindada y la contención recibida durante el embarazo, el parto, el post-parto y el control del niño recién nacido *“Estamos conformes, nos atienden bien, en mi primer embarazo me sentí muy contenida”* (Cristina, 26 años), *“Lo que nosotros hemos vivido con la UOM es de mucha contención, todo el personal es muy bueno y amable, te escuchan. Yo, sobre todo, con los partos de mis hijos me sentí muy bien atendida”* (Elena, 42 años).

La posibilidad de establecer vínculos afectivos y de pertenencia con la Obra Social constituyó otro aspecto positivo: *“Uno se siente como de la familia, no tengo quejas, la siento mía. Yo le dije a mi marido que no quiero cambiar porque hay que luchar por lo que tenemos”* (María, 23 años).

En cuanto a las **desventajas**, apareció en primer lugar el tema de los turnos: reclamaron plazos más cortos para otorgarlos, solicitud de turnos telefónicos y avisos de la institución que informen sobre cambios o anulaciones en los turnos otorgados. Otra queja se refería al pago de aranceles y a la dificultad en la obtención de medicamentos: pocas farmacias con descuento y escasos descuentos.

Otros aspectos mencionados en menor medida se relacionaban a poder continuar atendándose con un mismo médico: *“uno se acostumbra con el médico y cuando está familiarizado, ese médico no está más y hay que empezar de nuevo. Creo que eso es falta de respeto al afiliado”* (Elena, 30 años) y la falta de especialidades médicas en las regionales

acarreando mayor tiempo de viaje y costo del pasaje: “Yo para el oftalmólogo tengo que venir a Once cuando vivo en Moreno y estoy más cerca de Ramos Mejía, Haedo y San Miguel” (Elvira, 42 años)

### Conocimiento y evaluación de la situación actual

Al indagar sobre cambios evidenciados en los últimos años casi todos dieron cuenta de un deterioro en la calidad de atención pero desconocían sus causas. Sólo tres entrevistados (de los cuales dos son hombres y uno de ellos es delegado gremial) aludieron a la delicada situación financiera de la Obra Social y vislumbraban un futuro incierto:

*“...hacen lo que pueden, más no pueden hacer...no sólo por la deuda de 200 millones que le dejaron, sino porque estaban intentando sostener una infraestructura, por el intento de no retroceder en el servicio que brindan en cuanto a su calidad y su extensión territorial y al conjunto de servicios; salud, turismo, acción social...con los recursos que tienen que son el 25 % de lo que tenían hace 20 años. No creo que nadie pueda hacer algo mejor, yo creo que inclusive eso se va a perder, no tengo confianza en que lo puedan lograr porque no tiene racionalidad económica.”* (Luis, 27 años)

*“Sé por mi marido que hay problemas con el pago a los médicos y a los empleados. Me parece que el sindicato anda mal, los sueldos no se pagan. Yo a veces voy al sindicato para odontología y escucho que hay muchos problemas. No sé en que va a terminar todo esto.”* (Juan, 47 años)

*“Se va a ver el cierre de hospitales, de algunas seccionales. En turismo y en acción social se va a sentir más, pero también va a afectar a la salud porque es el grueso...ya no tiene capacidad para sostener todo eso, esa es la realidad.”* (Clara, 33 años)

### Predisposición al cambio de Obra Social

Sólo dos entrevistadas afirmaron desconocer la posibilidad de cambiar de Obra Social; el resto poseía cierta información, aunque con diferente grado de precisión. Nueve afiliados

creían que la libre elección era una medida acertada, dado que permitía cambiar de entidad para quien esté disconforme. Sólo un entrevistado (delegado de su empresa en la UOM) argumentaba que la libre elección profundiza desigualdades entre Obras Sociales:

*“No me parece nada bueno el sistema de competencia de obras sociales. Me parece bueno un sistema de reestructuración de las obras sociales, y que sea coordinado, unificado para racionalizar el gasto, que una Obra Social pueda usar servicios de otra. En un mismo gremio hay ingresos altos y bajos y los altos subsidian a los bajos, cuando los de ingresos altos se cambian van a obras sociales de mejor servicio aunque no sean tan gratuitas porque lo pueden pagar, pero perjudican a los empleados metalúrgicos que tienen salarios bajos, este es el problema que plantea la competencia de obras sociales, y muchísimo más si pasamos a las prepagas.”* (Luis, 27 años)

Al indagar sobre la predisposición al cambio de Obra Social, dos entrevistados se mostraron inclinados a pasarse a otra entidad, tres tenían dudas por falta de información y el resto pensaba permanecer en la UOM. Daniel optaría por una empresa de medicina pre-paga, aunque desconocían cómo efectivizar esa elección: *“yo pasaría a Medicorp, tengo amigos que están ahí y la atención es mejor, hay más médicos, los sanatorios son buenos, tengo que ver cómo lo hago”*, mientras que Ester preferiría una Obra Social *“me dijeron que OSECAC o Unión Personal son buenas, por lo menos no tienen cortes de servicios, no hay que viajar tanto y te atienden bien”*.

Los indecisos, además de no contar con suficiente información, sentían temor a lo desconocido: *“algo he escuchado...no estoy muy segura...no sé qué hacer, a veces me gustaría, mi marido es metalúrgico, hace años que vengo aquí, o voy al hospital de Gonnet, ya conozco los lugares, y los trámites que hay que hacer. Hay que ver cómo son otras clínicas u obras sociales”* (Elvira, 30 años). La decisión efectiva de cambio se hacía sólida entre los más críticos y los más jóvenes. Aquellos que deseaban permanecer en la Obra Social, exponían razones relacionadas a la conformidad con los servicios y destacaban la importancia de contar, a través de su trabajo, con una cobertura médica: *“...yo estoy tranquila, es más, no dejé de trabajar para seguir teniendo la Obra Social porque mi marido quería que dejara. Él está trabajando pero no tiene Obra Social porque está todo en negro”* (Cristina, 26 años); también decidían quedarse por temores frente a una nueva situación y es entonces que la Obra Social aparece como un lugar protector y conocido: *“yo antes tenía la del caucho, ahí tuve a*

*mis dos hijos y estaba contento con esa Obra Social.; irme ahora de la UOM, tendría que pensarlo...no, me quedo como estoy... me agarra miedo porque no sabés lo que puede pasar, si tenés un problema ¿después quién te defiende? (Juan, 47 años).*

Estas opiniones reflejaban cómo el vínculo interpersonal permea positivamente la satisfacción con la atención de la salud, aunque sean capaces de distinguir otros aspectos de nivel meso que son criticados por los usuarios (Romano Yalour, Álvarez y Grunhut, 2000). Se quejaban sobre todo con la organización de los servicios de salud (demora en la entrega de turnos, carencia de turnos telefónicos, dificultades para la obtención de medicamentos, pago de aranceles). Teniendo en cuenta estas deficiencias, muy pocos percibían que la UOM estaba atravesando por una complicada situación financiera.

Se observaron asimetrías al comparar el significado otorgado al cuidado de la salud entre mujeres y varones; estas diferencias se evidencian no sólo en materia de riesgos y necesidades sociales y biológicas sino en cuanto a las oportunidades, recursos y contribuciones para la salud (Alleyne, 2000).

La falta de información, el temor a lo desconocido, el sentido de pertenencia y la antigüedad de afiliación son factores que incidieron fuertemente para permanecer en la entidad de origen. Pertenecer a la Obra Social de la UOM otorga un sentido de protección que hace poco factible un cambio de Obra Social pese a notar problemas en la calidad de atención.

Grilla I CARACTERISTICIAS SOCIO-DEMOGRAFICOS DE LOS ENTREVISTADOS

NOMBRE	EDAD	POSICIÓN HOGAR	ESTADO CIVIL	HIJOS	NIVEL DE EDUCACION	TITULAR	ANTI-GÜEDAD AFILIACION	OCUPACIÓN	OCUPACIÓN JEFE HOGAR
Clara	33	cónyuge	Casada	2	Primaria Completa	No	10	Ama de casa	Plegador Metalúrgico
María	23	Hija	Soltera	-	Secundaria Incompleta	Si	23	Empleada metalúrgica	Operario especializado metalúrgico
Elvira	30	cónyuge	Casada	3	Secundaria incompleto	No	6	ama de casa	Operario especializado metalúrgico
Cristina	26	cónyuge	Casada	2	Secundaria Completa	Si	7	Operaria Metalúrgica	Por su cuenta (changas)
Ester	37	cónyuge	Casada	2	Secundaria incompleta	No	2	Ama de casa	Oficial múltiple Metalúrgico
Elena	42	cónyuge	Casada	2	Primaria Completa-	No	20	Ama de casa	Operario esp. metalúrgico
Silvia	25	cónyuge	Casada	1° Embarazo	Secundaria incompleta	No	2	Empleada comercio	Operario espec. Metalúrgico
Juan	47	Jefe	Casado	4	Primaria Completa	Si	23 años entre caucho y UOM	Chofer metalúrgico	----
Daniel	35	Jefe	Casado	2	Secundaria completa	Si	6	Oficial metalúrgico	----
Luis	27	Jefe (vive solo)	Soltero	-	Universitaria incompleta	Si	9	Operario metalúrgico	----

## 7.6.2. Etapa cuantitativa

### Abordaje metodológico

La muestra diseñada inicialmente pretendió ser probabilística en base al padrón de beneficiarios de la Obra Social, estratificada por sexo, edad, calificación laboral y zona de origen. Sin embargo, fue imposible trabajar con el padrón de la UOM porque hasta octubre de 1999 contuvo innumerables problemas en el registro de sus datos (altas y bajas incorrectamente asignadas, ausencia de datos en fechas de nacimiento, domicilios y calificaciones incompletas). Dado que el interés del proyecto fue conocer la opinión de los usuarios de la Obra Social que hubieran consultado en los últimos 6 meses, para intentar captar ese universo se diseñó una muestra no probabilística con las siguientes etapas y características:

- a) Selección de los centros regionales: se incluyeron 4 centros hospitalarios representativos según zona del Área Metropolitana: Policlínico Central (Capital Federal), Policlínico Eva Perón (La Matanza, zona oeste del Conurbano), Policlínico F. Vallese (Quilmes, zona sur del Conurbano) y Policlínico San Martín (zona norte del Conurbano). El peso de cada establecimiento –para la determinación de la cantidad de usuarios- se asignó en base a la cantidad de camas y consultas de cada uno de ellos. La composición final fue algo diferente a la concebida originalmente, debiendo otorgar un peso superior al Policlínico Central dado que éste –por su nivel de importancia y complejidad- ha absorbido una mayor demanda de pacientes de los restantes centros a raíz de los severos problemas financieros existentes (falta de insumos, inasistencia de médicos, turnos con demora, etc.)
- b) Se confeccionaron listados para seleccionar usuarios de los centros citados en a) durante dos semanas anteriores al trabajo de campo. Los listados constaba de datos sociodemográficos (sexo, edad, domicilio, calificación laboral, nivel de educación y nivel de ingreso) y fecha de la última consulta. Se optó por esta selección dado que en algunos centros no existía una base de datos actualizada sobre los usuarios de cada establecimiento. A las personas registradas se les preguntaba si podían ser entrevistadas en su domicilio particular a fin de conocer su opinión sobre la Obra Social.
- c) En base a los listados (900 personas relevadas) se seleccionaron 500 casos (100 personas para reemplazos) según cuotas de sexo, edad, centro de atención, domicilio y nivel de calificación laboral.

- d) La muestra final quedó conformada por 400 usuarios de los 4 centros seleccionados. El trabajo de campo se realizó durante los meses de noviembre/diciembre de 1999 durante el pedido de convocatoria de acreedores de la Obra Social ante la Justicia.
- e) Las encuestas estuvieron a cargo de encuestadores con experiencia, se contactó a los usuarios en las cercanías de cada uno de los Centros seleccionados antes o después de la atención. El requisito para integrar la muestra fue el de asistir al servicio de salud para ser atendido por consulta médica, práctica diagnóstica o acompañamiento de hijos pequeños.
- f) Para llevar a cabo el trabajo de campo en cada uno de los Centros seleccionados se solicitó un aval de los mismos; para ello se entregó una copia del cuestionario a fin de incorporar alguna pregunta que estimaran importante los responsables médicos de cada región.
- g) Los resultados del estudio fueron presentados en Mayo y Junio del año 2000 en una reunión convocada por la Dirección Médica de la UOM y a la que concurrieron los responsables del Policlínico Central y Quilmas, más algunos dirigentes de la UOM. Además se entregó un resumen ejecutivo a los responsables de cada centro en los que se encaró el trabajo de campo.

#### Características sociodemográficas de los entrevistados (Cuadros N° 1 a 11 – Descripción de la Muestra del Anexo Estadístico UOM)

Algo más de la mitad de los entrevistados (59%) fueron seleccionados en el Policlínico Central (éste debía tener originalmente un peso del 49%), el Policlínico de La Matanza representó el 18% de los usuarios (según cantidad de camas y consultas debía representar el 25%), el 12% fueron encuestados en la Regional de Quilmes y el restante 11% en el Policlínico de San Martín.

La distribución porcentual según sexo respondió a las estimaciones del padrón de la UOM: 6 de cada 10 (59%) fueron mujeres. En cuanto a la edad de los entrevistados, una cuarta parte tenía menos de 30 años, casi 4 de cada 10 (38%) de 30 a 44 años, un 26% de 45 a 59 años y el 10% 60 años o más. La distribución por sexo y edad mostró que las mujeres eran algo más jóvenes que los hombres en los grupos de menor (hasta 29 años) y de mayor edad (60 años o más). El promedio de edad de los entrevistados es de 40.2 años y la mediana se ubica en los 39 años.

La mayoría de los hogares (80%) pertenecía a la categoría “nuclear completo” (madre, padre e hijos solteros), un 11% vivía en hogares nucleares sin hijos y el resto en hogares

nucleares incompletos con hijos u hogares ampliados (4% para cada categoría). En los hogares nucleares completos el nivel de educación de los entrevistados era mayor que en los que vivían parejas sin hijos. Esta distribución se relacionaba con la edad, ya que los hogares nucleares sin hijos estuvieron conformados por personas de mayor edad que no han accedido a estudios secundarios o universitarios completos.

La mitad de los hogares (50,7%) tenía 3 ó 4 miembros y algo más de una cuarta parte (28,7%) de 5 a 6. Las familias con menos de 3 miembros representaron el 14% del total y las más numerosas (más de 6 miembros) sólo el 7%. Al analizar la relación con el jefe o jefa del hogar, la mitad de los entrevistados indicó ser cónyuge, y 4 de cada 10 eran jefes de hogar. El 10% restante era hijos u otros familiares. El promedio de miembros por hogar fue de 4.12 personas.

Un 41% de los encuestados declaró haber finalizado sus estudios primarios, un 25% alcanzó estudios secundarios incompletos y otro 25% completó el nivel secundario o más (terciario y/o universitario incompleto). La edad y la educación son variables fuertemente vinculadas: a mayor edad decrecía el nivel de educación alcanzado (la mitad de los jóvenes de 18 a 29 años presentaban un nivel educativo más alto).

La mitad de la muestra (49%) tenía 11 años o más de afiliación a la Obra Social, el 22% poseía entre 6 a 10 años y el 29% 5 años o menos de antigüedad. El promedio de antigüedad por afiliado fue de 13.9 años y la mediana se ubicó en 10 años. El promedio de antigüedad del jefe de hogar era algo mayor: 14.46 años. La antigüedad se relaciona estrechamente con la edad: a medida que ésta crecía, aumentaban los años de afiliación.

En cuanto al tipo de afiliado, el 52 % de los encuestados indicó ser miembro titular y el resto familiar o adherente. La relación familiar por titular fue de 2.1, cifra inferior a las estadísticas del padrón de la UOM (en éste la relación ascendía a 2.6).

Más de la mitad (55%) de los entrevistados trabajaba regularmente y entre éstos la mayoría (44%) lo hacía más de 35 horas semanales. El 8% estaba desocupado y un tercio no trabajaba. Según sexo, se observó que los hombres trabajaban más horas que las mujeres. Las mujeres inactivas declaraban no trabajar ni desear hacerlo (aunque anteriormente hayan trabajado).

En el cuadro siguiente se detalla la última ocupación del jefe de hogar y cónyuge. La clasificación se realizó combinando categorías ocupacionales de la UOM y del área de servicios. Al comparar el tipo de ocupación de los entrevistados con la de los jefes de hogar puede apreciarse que los primeros se insertaban en ocupaciones menos calificadas que la de los jefes; y al relacionar el nivel educativo del encuestado con su ocupación, se observa que a

medida que aumenta el nivel de instrucción crece la calificación laboral (4 de cada 10 entrevistados que alcanzaron el nivel más alto de educación pertenecían a las categorías superiores de ocupación).

Cuadro N° 4 -Última ocupación del entrevistado y jefe de hogar – (para los que han trabajado)  
En porcentajes

	<b>Entrevistado</b>	<b>Jefe de hogar</b>
Ama de casa/estudiante/jubilado	15,0	-
Servicio doméstico/ changarín/ vendedores Ambulantes	11,8	0,2
Peón/ tareas de limpieza/ carga y descarga/ Cadetes	0,8	1,5
Operario no calificado de industria/comercio/ Servicio/despachantes de comercios/encargados De edificio/choferes no propietarios	21,6	17,3
Operario calificado de industria/comercio/ Servicio/artesanos independientes/	23,0	37,0
Operario especializado/múltiple/ medio oficial/ Propietario de industria y comercio con poco Personal a cargo/ vendedores y personal Administrativo no jerárquico	21,0	29,5
Oficial/capataz/supervisor administrativo ó Técnico/encargado de producción, docentes	6,5	14,5
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Procesamiento propio Encuesta a usuarios UOM – 1999. Base: 400 entrevistados.

Por otra parte, existía una clara diferenciación según sexo. Las mujeres se insertaron –casi exclusivamente– en tareas relacionadas al servicio doméstico y, en mayor medida que los hombres, como operarias no calificadas; la tendencia muestra que a mayor calificación laboral decrece la participación de las mujeres.

Casi 4 de cada 10 entrevistados (39%) declaraba no tener ingreso (especialmente las mujeres). Entre los que percibían ingresos al momento del relevamiento (a fines de 1999), un tercio ganaba hasta \$500 mensuales y una cuarta parte ingresaba más de \$500. Dado que las mujeres tienen en esta muestra una calificación laboral menor, percibían en consecuencia remuneraciones más bajas que los hombres. El promedio de ingreso mensual del entrevistado era de \$499 y la mediana se ubicaba en \$400. En cambio, el nivel de ingreso de los jefes de hogar era lógicamente más elevado: un 12% ganaba hasta \$300 mensuales, un tercio percibía de \$301 a \$500, una proporción similar alcanza la suma de \$501 a \$700 mensuales y una cuarta parte declaraba ganar más de \$700. El promedio de ingresos del jefe era un 15%

superior al del entrevistado: \$577 y la mediana se ubicaba en \$600 (Cuadro N° 3). Es importante tener en cuenta que el porcentaje de no respuesta para esta variable resultó bastante bajo (sólo un 2% se negó a contestar el monto mensual percibido).

Cuadro N°5 - Nivel de Ingreso Mensual del Jefe de Hogar, del Entrevistado e Ingreso Familiar- En porcentajes

	<b>Entrevistado</b>	<b>Jefe de Hogar</b>	<b>Ingreso Familiar</b>
Hasta \$ 300	12,3	12,3	6,7
De \$ 301 a \$ 500	20,3	30,5	20,5
De \$ 501 a \$ 700	16,7	31,0	23,8
De \$701 a \$ 1000	7,7	17,7	27,0
Más de \$ 1.000	2,7	6,7	20,2
Sin ingreso	39,0	-	-
No contesta	1,3	1,8	1,8
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Procesamiento propio Encuesta a usuarios UOM – 1999. Base: 400 entrevistados.

#### Concepciones sobre la salud (Cuadros N° 12 a N° 14 del Anexo Estadístico)

A partir de los resultados de la etapa cualitativa, resultó de interés volver a indagar la dimensión del cuidado de la salud y cómo se asocian sus condiciones prioritarias. Las respuestas espontáneas mostraron que son más notorias las menciones de aspectos vinculados con la prevención y las condiciones de vida que con la cobertura y la atención de la salud. En primer lugar y con el 64% de las menciones (respuestas múltiples), se aludía a la importancia de la buena alimentación en el cuidado de la salud. En segundo lugar se mencionó la prevención (chequeos, ir al médico, vacunas) con un 43% de respuestas y, con porcentajes similares, se aludió a la higiene (41%). La tenencia de Obra Social (38%) aparecía en cuarto lugar. En orden decreciente se expresaron conceptos conectados con la prevención, como por ejemplo no fumar (33%), no beber alcohol (28%), deportes/aire libre/recreación (9%), salud mental, descanso, no hacerse nervios/no preocuparse (7,5%), tener educación/acceso a la educación (3,5%) y no ingerir drogas (2,5%). Cabe destacar que un 14% de las menciones se asociaba con preservar adecuadas condiciones laborales: tener trabajo y un buen ingreso

Se preguntó además si tener una Obra Social hace que la gente cuide más su salud. Casi dos tercios de la muestra (63%) consideraron que tener Obra Social incidía en el cuidado. Los que pusieron más énfasis en esta respuesta fueron las mujeres, los entrevistados

de 30 años y más, los afiliados con más antigüedad, los de menor ingreso del jefe de hogar (hasta \$300) y los de menor nivel educativo. Una cuarta parte, en cambio, creía que la cobertura de Obra Social no se relacionaba con el cuidado, respuesta indicada preferentemente por los más jóvenes, los varones y los de mayor nivel educativo. El 10% restante consideraba que dependía de cada situación. A continuación se detallan las razones expuestas según la incidencia o no de Obra Social en el cuidado de la salud (Cuadro N° 6).

Cuadro N° 6 - Razones de incidencia de la tenencia de Obra Social en el cuidado de la salud  
En porcentajes

<b>Razones de incidencia/no incidencia</b>	Tener Obra Social incide en el cuidado	No Tener Obra Social no incide	Depende	Total
Necesidad de protección seguridad, respaldo, la Obra Social hace que uno se preocupe, si uno no tiene Obra Social no se cuida	51,8	-	5,1	<b>33,8</b>
Si uno está enfermo puede ir a cualquier lugar, depende de cada persona.	-	64,1	82,1	<b>24,8</b>
Mayor acceso a los médicos/se conoce a los médicos	36	1	-	<b>23</b>
La atención es mejor que en los hospitales públicos/no hay que esperar tanto como en los hospitales	29,2	-	5,1	<b>19,5</b>
Se evita la necesidad de pagar la atención médica, no hay plata para pagar un médico, la Obra Social cubre gastos básicos	18,2	-	5,1	<b>12,5</b>
Tener un lugar conocido/fijo/familiar/ estar acostumbrado a un lugar	13	-	-	<b>8,5</b>
No debería usarse sólo para urgencias; se usa sólo para la atención de la enfermedad y no se usa para prevención	-	19,4	20,5	<b>7,3</b>
En los hospitales se atiende bien/mejor/son gratuitos	-	17,5	5,1	<b>5,5</b>
Por la buena atención que tiene la Obra Social	3,6	-	-	<b>2,5</b>
La atención de la Obra Social no es buena	-	7,8	-	<b>2,5</b>
Otras razones		6,8	7,7	<b>2,5</b>

Fuente: Procesamiento propio Encuesta a usuarios UOM – 1999. Base: 400 entrevistados. Pregunta abierta. Los porcentajes suman más de 100 porque cada entrevistado puede haber contestado a más de una respuesta.

La protección, seguridad y respaldo (52%) y mejores condiciones en la atención médica (acceso a médicos, comparación con hospitales públicos, menor desembolso de dinero, conocimiento del lugar) fueron las razones más esgrimidas por los entrevistados que piensan que la Obra Social incide en el cuidado de la salud. Para los que opinaban lo contrario, el cuidado de la salud depende de la preocupación individual que debe asumir cada persona (65%), también expresaban que la Obra Social “*se usa para la atención de la enfermedad no para la prevención o se usa sólo para urgencias*” y en líneas generales creían que la prevención de la salud debía asumirse independientemente de contar o no con Obra Social: “*hay personas que tienen Obra Social y nunca la usan*”.

Los enfoques teóricos de la salud, la enfermedad y sus condicionantes implicaron el pasaje de un abordaje restringido, de orden biomédico, a otro de carácter más complejo y multidimensional, a los que se sumaron aspectos relativos al entorno social, económico y cultural, en los que se resaltó el papel de la educación, el trabajo, las condiciones sanitarias, el acceso a los servicios de salud, la vivienda, las redes sociales y comunitarias, los estilos de vida y los niveles de prosperidad y bienestar (Evans y Stoddart, 1996). Es interesante destacar que algunos entrevistados -sobre todo los jóvenes, los varones y los de mayor nivel educativo- han tenido en cuenta la perspectiva que entiende a las prácticas preventivas como un derecho fundamental de ciudadanía independientemente de la cobertura con que se cuenta.

Tenencia, uso y razones de uso de los servicios médicos de la UOM (Cuadros N° 15 a 19 del Anexo Estadístico)

Una amplia mayoría (93%) de los encuestados contaba como única cobertura médica la Obra Social de la UOM. El 7% restante informaba tener pre-paga privada, otra obra social o servicio de emergencias. La tres cuartas partes de la muestra usaba exclusivamente los servicios de la UOM (68%). Los que mencionaron esta opción son preferentemente los afiliados que se atienden en la Regional Quilmes y La Matanza, los varones, los de mayor edad (60 a más años), los que poseían menores ingresos mensuales (hasta \$ 300), los de menor nivel educativo y los beneficiarios titulares.

Los beneficiarios que usaban otros servicios de salud (128 entrevistados) señalan con mayor frecuencia (80%) que se asistían en el ámbito público (hospitales y salas de primeros auxilios). El resto lo hizo en consultorios particulares o clínicas.

Algo menos de la mitad de los encuestados (47%) accedía con mayor frecuencia al Policlínico Central. Con menores porcentajes se mencionaba a La Matanza y Quilmes (13%

en cada Centro), San Martín (11%) y Avellaneda y San Miguel (2% para cada uno). Sólo un 10% de la muestra asistió a centros periféricos o policlínicos de la UOM.

La cercanía al domicilio fue la razón más expresada por los usuarios de los servicios del Conurbano (Quilmes, San Martín y La Matanza). Los afiliados del Central consideraron que era el más completo y el que contaba con mayor tecnología. La costumbre y el conocimiento de los médicos fueron causas expresadas en menor medida por los usuarios del Conurbano.

Casi cuatro de cada 10 entrevistados (38%) tardaron menos de 30 minutos en llegar hasta el centro de salud. Otro tercio (33%) indicó una demora de media a una hora y el resto (29%) insumió más de una hora. La ubicación del establecimiento está en relación directa con el tiempo de viaje: aquellos usuarios que asistían al Policlínico Central (ubicado en Capital Federal) son los que más demoraban en llegar (1 hora ó más); por el contrario los que asistían a los Centros de Quilmes y San Martín llegaban más rápidamente (menos de 15 minutos). Las mujeres, los más jóvenes y los de mayor nivel educativo en general empleaban menores tiempos y los varones, los de mayor edad y los de menor nivel educativo insumían más horas en trasladarse.

Casi dos tercios de los entrevistados (63%) manifestaron atenderse hace más de 5 años en los servicios a los que concurrían. ¿Quiénes conformaban este segmento? Principalmente usuarios de más edad, mayor antigüedad de afiliación, menor nivel de educación y por los varones. Se comprobó que a menor edad y mayor nivel educativo decrece el tiempo de uso.

#### Evaluación de la atención médica (Cuadros N° 20 a 23 del Anexo Estadístico)

Se les solicitó a los entrevistados que calificaran diferentes aspectos del funcionamiento de los Centros de Atención Médica de la UOM a los que asistían habitualmente. El resultado según regionales mostró que el Policlínico Central (Capital Federal) lograba mejores evaluaciones en todos los aspectos en comparación con los restantes establecimientos médicos del Conurbano (entre éstos el mejor evaluado fue el Centro Médico de San Martín). El cuadro N° 7 incluye una columna con el promedio de las calificaciones, elaborado en base a una escala en la que se asignó 1 punto a la categoría “Muy malo” y 5 puntos a la categoría “Muy bueno” (En su construcción, se ha excluido del promedio a aquellas personas que no respondieron los aspectos evaluados).

Algunos autores (Romano Yalour, Álvarez, y Grunhut, 2000) señalan que en muchos estudios sobre evaluación de la calidad de atención en los que se utilizaron tanto técnicas cuantitativas y/o cualitativas, la relación médico/paciente (calidad profesional y atención de médicos y enfermeras) es la dimensión mejor evaluada, en contraste, la infraestructura y los aspectos organizativos y administrativos obtienen menor grado de satisfacción. En este relevamiento se detectaron resultados similares. En efecto, el cuadro 5 muestra que los médicos y las enfermeras son muy bien calificados y los puntajes decrecen al evaluar la comodidad de las salas y la limpieza del lugar. La valoración disminuye aún más en la atención del personal administrativo y en la tecnología de los Centros de Atención, y es muy baja cuando se califica la organización de la atención: tiempos de espera para la obtención de turnos, cita con el médico, realización de estudios y existencia de cartilla y/o listados (en realidad la obra social no dispone de cartillas actualizadas, y por ese motivo aumenta el número de entrevistados que no contestan dicho ítem).

Cuadro N° 7 - Evaluación de diferentes aspectos de la atención médica de la UOM - En porcentajes

Aspectos	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	No sabe/ N/C	TOTAL	Promedio
Calidad profesional de los médicos	29	60	7	1	-	3	100	4.2
Atención de los médicos	29	64	6	1	-	-	100	4.1
Atención de las enfermeras	18	62	8	1	1	10	100	4.0
Limpieza del lugar	19	66	12	2	1	-	100	4.0
Comodidad de las salas	12	70	12	2	1	3	100	3.9
Atención del personal administrativo	10	69	15	5	1	-	100	3.8
Equipamiento y tecnología	11	52	17	6	1	13	100	3.7
Tiempo de espera para la realización de estudios	6	54	26	8	2	4	100	3.5
Tiempo de espera en la cita con el médico	8	52	27	11	2	-	100	3.5
Cartilla/listado de médicos	3	36	5	4	5	47	100	3.5
Tiempo de espera en la obtención de turnos con el médico	6	51	27	12	4	-	100	3.4

Fuente: Procesamiento propio Encuesta a usuarios UOM – 1999. Base: 400 entrevistados.

Sin embargo, pueden detectarse ciertas diferencias al relacionar estas respuestas según los perfiles sociodemográficos (sexo, edad, nivel de educación y nivel de ingreso mensual del jefe de hogar).

La siguiente tipología (Cuadro N° 8) resume la información obtenida para cada uno de los aspectos evaluados conformando dos grupos extremos de valoración (correspondientes a las categorías muy bueno/bueno y malo/ muy malo). El análisis permite detectar dos perfiles bien diferenciados que inciden al evaluar los aspectos de la atención médica: 1) El segmento de los entrevistados de mayor edad, menor nivel de educación y cuyos jefes poseen menores ingresos mensuales se inclinan a calificar positivamente la mayoría de los aspectos de la atención médica. Si bien las mujeres tienden en general a evaluar mejor que los hombres, puntúan peor el equipamiento/tecnología y la cartilla/listado de la Obra Social; 2) En cambio son mucho más críticos aquellos usuarios más jóvenes, con mayor nivel de instrucción y cuyos jefes perciben mayores remuneraciones. Esta segmentación hace evidente la heterogeneidad en la acumulación de los bienes culturales y demuestra que una mayor capacidad para discriminar y evaluar críticamente la atención médica recibida es más viable entre aquellos que detentan los medios y saberes para apropiárselos (en este caso son los más jóvenes - por ende los que acceden a mayores niveles educativos- y los que perciben un mayor nivel de ingreso mensual del jefe de hogar) (Bourdieu, 1985).

Cuadro N° 8 - Tipología de calificación de aspectos según variables sociodemográficas

Aspecto	Calificación de aspectos	
	Muy bueno/bueno	Malo/muy malo
<b>Tiempo de espera en la obtención de turno médico</b>	Mujeres Educación baja Más de 60 años Ingresos bajos	Varones Educación media Hasta 30 años Ingresos altos
<b>Tiempo de espera en la cita con el médico</b>	Sin diferencias de sexo Educación baja Mayor edad Ingresos bajos	Varones Educación alta Más de 60 años Ingresos medios
<b>Tiempo de espera en la realización de estudios</b>	Mujeres Educación baja Más de 60 años Ingresos bajos	Varones Educación alta 30 a 44 años Ingresos altos
<b>Atención del personal administrativo</b>	Varones Educación baja Más de 60 años Ingresos bajos	Sin diferencias de sexo Educación alta 45 a 59 años Ingresos altos
<b>Atención de las enfermeras</b>	Mujeres Educación baja Más de 60 años Ingresos bajos	Porcentajes poco significativos
<b>Atención de los médicos</b>	Mujeres Educación alta Más de 60 años Sin diferencias de ingresos	Porcentajes poco significativos
<b>Calidad profesional de los médicos</b>	Mujeres Educación baja Sin diferencias de edad Ingresos bajos y altos	Porcentajes poco significativos
<b>Limpieza del lugar</b>	Sin diferencias de sexo Educación baja Más de 60 años Ingresos bajos	Porcentajes poco significativos
<b>Comodidad de las salas</b>	Sin diferencias de sexo Educación baja Más de 45 años Ingresos bajos	Varones Educación alta Hasta 30 años Ingresos altos
<b>Equipamiento/tecnología</b>	Mujeres Educación baja Más de 60 años Ingresos bajos	Mujeres Educación media y alta Hasta 30 años Ingresos altos
<b>Cartilla/listado</b>	Varones Educación baja Más de 60 años Ingresos bajos	Mujeres Educación alta Hasta 44 años Ingresos altos

Fuente: Procesamiento propio Encuesta a usuarios UOM – 1999. Base: 400 entrevistados.

## Características de la última consulta (Cuadros N° 24 a 31 del Anexo Estadístico)

Los motivos de consulta más frecuentes fueron por malestar o enfermedad y control de salud (ambos motivos con un 35% de menciones), en menor medida se alude a consultas por tratamiento (21%). La entrega de estudios, la consulta específica por embarazo, la internación por cirugía o los accidentes son motivos poco expresados.

El sexo y el nivel educativo definen ciertas actitudes sobre la prevención de la salud: mientras que los hombres, y los de menor educación tienden a consultar en el momento en que se sienten enfermos, las mujeres y los de mayor educación manifiestan tener conductas más preventivas. Este resultado también se comprueba en algunas de las Encuestas de Salud realizadas en Argentina, como por ejemplo la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV, 2001), las Encuestas sobre Utilización y Gasto en Servicios de Salud de 2003 y 2005 (EUGSS) y la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) del año 2001<sup>7</sup>.

La salud de hombres y mujeres es diferente y desigual. Diferente porque existen factores biológicos que se manifiestan de modo diverso, tanto en la salud como en los riesgos de enfermedad, y desigual porque aparecen otros factores que, en parte, son explicados por el género, que influyen de manera diversa en la salud, como los vinculados a la esfera productiva, reproductiva y de lazos sociales (Rohlf, 2000). En comparación con los varones, las mujeres presentan tasas más altas de morbilidad y discapacidad a lo largo de la vida y, por su mayor longevidad, tienen mayores probabilidades de sufrir enfermedades crónicas (Gómez Gómez, 2002).

La visita al médico clínico fue la respuesta más indicada por los entrevistados (24%); con porcentajes algo menores se mencionaron las consultas al ginecólogo y al pediatra (19% para cada especialidad) y esta respuesta es más expresada –lógicamente– por las mujeres. En cuarto lugar se indicaba la consulta con un traumatólogo (11%) y en quinto lugar la visita al cardiólogo. Otras especialidades<sup>8</sup> fueron poco mencionadas. El Policlínico Central atendía

---

<sup>7</sup> La ECV fue realizada por el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO), el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). La EUGSS fue encarada por el Centro de Opinión Pública de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación. La Encuesta SABE correspondiente al Área Metropolitana de Buenos Aires fue realizada por el Centro de Estudios en Población (CENEP) y formaba parte de un estudio multicéntrico de siete ciudades de América Latina y el Caribe.

<sup>8</sup> Gastroenterología, odontología, oftalmología, otorrinolaringología, neurología, neumonología, alergia, salud mental y psiquiatría.

ciertas especialidades como cardiología, neumonología y gastroenterología que los restantes Centros Médicos no brindaban.

Algo más de la mitad de la muestra (53%) expresó que no demoraba demasiado en ser atendido para consultar con el médico (menos de 15 minutos). Un 20% esperó de 16 a 30 minutos y una cuarta parte manifestó esperar tiempos más prolongados. Las mujeres y los que alcanzaron mayores niveles de educación esperaron menos y, en cambio, los hombres y los entrevistados menos educados debieron aguardar más.

Al referirse a la duración de la consulta con el médico casi dos tercios de los encuestados (63%) mencionaron que ésta no duró más de 15 minutos. Una proporción similar de entrevistados (68%) ha pedido turno previamente para ser atendido y una cuarta parte (26%) hizo la consulta por guardia (los hombres, y los más jóvenes se inclinaron en preferentemente por esta respuesta). Esta conducta es similar a las Encuestas de Salud descriptas, ya que son los varones los que menos acceden a la consulta médica preventiva, y por ello deben acudir a los servicios de guardia ante la aparición de síntomas.

En el cuadro N° 9 se resumen algunos aspectos relacionados con la última consulta al médico por parte de los encuestados y puede desprenderse de su lectura que la mayoría resaltó la amabilidad del médico y expresó haber comprendido sus explicaciones. En ese sentido, no se observan reclamos en la relación médico/paciente, De todas maneras en este tipo de instrumento de recolección de datos (encuesta estructurada) es difícil que los entrevistados puedan expresarse sobre quejas con el profesional referidas con lo emocional, lo ambiental o lo social (Boltanski, 1975).

Tampoco se detectaron dificultades para la realización de estudios (84%). Los porcentajes de respuestas positivas decrecen (70%) al indicar que el profesional desconocía la historia clínica en el momento de la consulta, resultado (expresado sobre todo por los usuarios de los Centros de La Matanza y San Martín) que podría señalar ciertas deficiencias en la organización de la atención médica.

Cuadro N° 9 - Descripción de aspectos de la última consulta - En porcentajes

ASPECTOS	SI	NO	NS/NC	TOTAL
¿Pagó arancel?	74	25	-	100
¿Fue amable el médico?	95	4	1	100
¿Entendió bien lo que le dijo el médico?	96	3	1	100
¿Le pareció que el médico conocía su historia clínica?	70	29	1	100
¿Le recetó medicamentos?	59	41	-	100
¿Consiguió fácilmente medicamentos?(Base: 235)	71	28	1	100
¿Le indicaron estudios?	59	41	-	100
¿Los pudo hacer fácilmente? (Base: 234)	84	11	5	100

Fuente: Procesamiento propio Encuesta a usuarios UOM – 1999. Base: 400 entrevistados.

¿Cuáles han sido las modalidades más inquietantes detectadas en esta evaluación sobre la consulta médica? La más importante se refiere al pago de aranceles, práctica mencionada por la tres cuarta parte de la muestra (74%). Los entrevistados de 45 a más años, los de menor nivel de educación y los que se atienden en el Centro Médico de La Matanza y en el Policlínico Central son los que más expresan esta tendencia. La aplicación de un arancel para la consulta no es una medida generalizada para todos los usuarios de la Obra Social, pero refleja inequidad en el acceso a la atención de la salud. También es notoria cierta dificultad en la obtención de medicamentos por parte de algunos usuarios con prescripción médica. Si bien 7 de cada 10 personas han conseguido fácilmente los medicamentos, aquellos que encontraron obstáculos para conseguirlos (29%) son predominantemente las mujeres, los usuarios de más de 60 años, los de menor nivel de educación y los que conviven con jefes de hogar que perciben menores ingresos mensuales. Este segmento es el más vulnerable y por tanto se acrecienta una mayor desigualdad social en el acceso a la atención. Esta desigualdad se expresa por las diferencias en el riesgo de enfermar y morir que se origina, a su vez, en las condiciones heterogéneas de la existencia y en el acceso a bienes y servicios (Barbosa da Silva y Berti Azevedo, 2002).

Percepción de la situación de la Obra Social y calificación global (Cuadros N° 32 a 35 del anexo estadístico)

Siete de cada 10 entrevistados (69%) prefería permanecer en el servicio de salud en el que se atendía al momento del relevamiento. Este deseo es señalado especialmente por los

usuarios de mayor edad y cuyos jefes perciben menores ingresos. Entre los encuestados más interesados en efectuar un cambio de lugar de atención (27%), varios (16%) elegirían una clínica contratada por la UOM, pocos (8%) optarían por otro centro propio de la UOM y sólo un 3% cambiaría de Obra Social, ¿Quiénes son los que quieren cambiar de lugar de atención? Son los más jóvenes, los que conviven con jefes que perciben mayores ingresos, pero, en este caso, el nivel de educación no es una variable que incide fuertemente.

Es interesante destacar que casi la mitad de la muestra (48%) ha percibido ciertos cambios –tanto positivos como negativos– en los últimos dos años en la Obra Social (entre 1997 y 1999). Las modificaciones positivas se referían a mejoras en la organización y limpieza (33%) y en la atención médica (18%). En cuanto a los principales problemas, se remarcaba la escasez de médicos (38%) y la demora en los turnos (25%). Una vez más, los aspectos positivos fueron mayormente señalados por los encuestados de mayor edad y menor nivel educativo y los negativos fueron enfatizados por usuarios de los Centros del Conurbano, por los jóvenes, por los que detentaban mayor educación y por aquellos cuyos jefes de hogar percibían mayores ingresos mensuales. No se observaron diferencias significativas según sexo, aunque las mujeres fueron las que más remarcaron la escasez de médicos.

Al indagar sobre qué cosas deberían modificarse en la Obra Social, los encuestados indicaron diversos temas, mostrando un refinado conocimiento sobre la situación por la que atraviesa la entidad y un interés en reformar la modalidad de atención. En primer lugar se hizo mención a las dificultades en la obtención de medicamentos y a poder contar con mayores descuentos (36%), en segundo lugar surgió el tema de la demora en los turnos (27%) y en tercer término se aludió a suprimir el cobro de aranceles (19%). Además se pretendía contar con más centros de salud, mejor atención administrativa, más médicos y acceder a centros cercanos al domicilio (13% para cada categoría). Otros aspectos como tener más especialidades en los centros periféricos, contar con mayor tecnología y ambulancias, incluir más médicos de cabecera, mejorar la atención de enfermería, acelerar la atención de guardia, poder pedir turnos telefónicos, lograr una mayor comodidad en las salas de espera y una adecuada limpieza, y pagar la deuda a los médicos y solucionar los problemas económicos de la Obra Social, fueron indicados con menores menciones (entre 4% a 7% cada mención). Un 20% de los encuestados no mencionó aspectos a modificar.

Se solicitó a los encuestados que calificaran a la institución, asignando puntajes en base a una escala cuyo límite inferior era 1 (muy malo) y el superior 10 (muy bueno). El promedio obtenido (7,27 puntos) mostró una adecuada evaluación general (Cuadro N° 10).

Cuadro N° 10 – Calificación de la Obra Social según indicadores socio-demográficos

Indicadores	Promedio	N (cantidad de casos)
<b>SEXO</b>		
Varón	7,07	163
Mujer	7,40	236
TOTAL	7,27	399
<b>EDAD</b>		
Hasta 29	6,70	101
30 a 44 años	7,30	150
45 a 59 años	8,07	105
60 y más años	8,60	43
TOTAL	7,27	399
<b>INGRESO MENSUAL DEL JEFE DE HOGAR EN \$</b>		
Hasta 300	8,18	49
De 301 a 500	7,22	121
De 501 a 700	7,30	124
De 701 a 1000	6,80	71
De 1001 a 1500	6,83	23
Más de 1500	6,00	4
TOTAL	7,27	399
<b>MAXIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL ENTREVISTADO</b>		
No asistió/Primario incompleto	8,05	40
Primario Completo	7,45	164
Secundario Incompleto	7,09	94
Secundario Completo y más	6,61	101
TOTAL	7,27	399

Fuente: Procesamiento de encuesta a afiliados UOM- 1999.

Se han encontrado hallazgos interesantes en la calificación de la entidad: a) El Policlínico Central obtuvo el puntaje más elevado y el de La Matanza el más bajo. Los Centros de Quilmes y San Martín se ubicaban cercanos al promedio. b) Las mujeres calificaban a la UOM con un puntaje algo mayor que los hombres. c) A medida que crecía la edad de los encuestados aumentaba la calificación recibida. Los jóvenes hasta 30 años fueron los más críticos. d) Los familiares y adherentes evaluaban mejor a la UOM que los titulares, pero hay que tener en cuenta que la mayoría de los familiares eran mujeres.; e) Dado que la edad y la antigüedad de afiliación son variables estrechamente relacionadas, se notaba que a medida que crecía la antigüedad de afiliación aumentaba la calificación de la Obra Social; f) La evaluación aumentaba entre entrevistados pertenecientes a hogares de hasta 2 miembros o de más de 6 personas.; g) A medida que aumentaba el nivel de ingresos del jefe de hogar, disminuía la calificación de la UOM. Es muy amplia la brecha entre los que ganaban hasta \$ 300 y los que percibían \$1000 y más (6 puntos); h) Es más bajo el promedio de calificación de los encuestados con otra cobertura, en comparación con los que sólo accedían a la UOM

exclusivamente; i) A medida que crecía el nivel de escolaridad alcanzado por los entrevistados disminuía el puntaje asignado.

Predisposición al cambio de obra social y sugerencias (Cuadros N° 36 a 39 del Anexo Estadístico)

Ocho de cada 10 encuestados (83%) estaban informados sobre la posibilidad de cambio de Obra Social. Este conocimiento era mayor entre los varones, los que tenían de 30 a 59 años y los que detentaban mayor nivel educativo. Al indagar si efectivamente harían un cambio de entidad, algo más de la mitad de los encuestados (55%) expresó que permanecería en la UOM, casi un tercio estaba dispuesto a optar por otra Obra Social (32%) y el resto (13%) no pudo definir su respuesta.

Los más predispuestos a cambiar fueron los usuarios de La Matanza, los hombres, los jóvenes hasta 29 años, los de mayor nivel educativo, los que calificaban con menores puntajes a la UOM, los que poseían otra cobertura y aquellos cuyos jefes percibían mayores niveles de remuneración. Es interesante advertir que si bien los jóvenes estaban menos informados sobre la posibilidad de cambio de Obra Social en comparación con los entrevistados de 30 a 59 años, fueron los más predispuestos a elegir otra entidad. La conformación de este perfil es bastante similar al descrito por Montoya (1998) en relación a las características socio-demográficas de los usuarios que procedieron a cambiar de Obra Social en el primer tramo (1997-99) de implementación de la libre elección. Los indecisos eran predominantemente mujeres, y los de menor nivel educativo.

El siguiente cuadro resume los motivos para permanecer o cambiar de Obra Social (la pregunta era abierta y se procedió a codificar las categorías manualmente para luego poder procesarlas).

Cuadro N° 10. Razones según opción de cambio de obra social – En porcentajes

Razones	TOTAL	Cambiaría de Obra Social	No se cambiaría de Obra Social	No sabe/no contesta
Estoy conforme/ acostumbrado bien/la siento como mía	36	-	61	17
Por buena atención médica/buenos médicos	17	-	29	6
Otras obras sociales son mejores/dan mejores servicios	16	49	-	4
Depende de las opciones/tendría que ver lo que ofrecen	14	19	5	42
Por la mala atención/pocos médicos/falta de turnos	12	37	-	-
Estoy desinformado/no conozco otra obra social	8	-	7	27
Otras obras sociales no dan tantos beneficios como la UOM	5	-	8	2
Depende si mejora/quisiera que mejore/voy a ver	3	2	2	10
Me quedo por el gremio	3	-	5	-
Otras respuestas	4	1	5	8
No sabe/no contesta	1	-	-	4

Fuente: Procesamiento propio Encuesta a usuarios UOM – 1999. Base: 400 entrevistados.  
 Respuestas múltiples: los porcentajes no suman 100%.

Las razones más invocadas por los entrevistados decididos a permanecer se referían en primer lugar a la conformidad con la atención, a estar acostumbrados y al sentido de pertenencia (61%): *“me atendí toda mi vida, tal vez haya algunas obras sociales mejores, no conozco, pero yo estoy conforme”* (mujer, 46 años); *“no me cambiaría, para qué probar algo nuevo, si para lo que yo necesito está bien”* (mujer, 32 años.)

En segundo lugar (con menores respuestas: 29%) se aludía a la satisfacción con la atención médica: *“con estos profesionales me siento segura, me hacen sentir que fuesen parientes míos”*(mujer, 41 años); *“no, no quisiera cambiar los médicos. La conocen a ella (hija) desde que nació y la tratan bien, esto es esencial para una mamá que cuida a sus hijos”* (mujer, 30 años).

La desinformación, la creencia que la UOM otorga mayores beneficios que otras entidades y la relación con el gremio son motivos menos indicados: *“no, los que cambian de obra social y tienen que operarse siempre hay problemas, no tienen antigüedad, tienen alguna enfermedad y no lo cubren y tienen que pagar todo. Aquí no es así”* (hombre, 38 años); *“no, no conozco otra obra social, tendría que averiguar, por ahí te cambias y es peor de la que estabas”* (mujer, 23 años); *“yo me considero familia de la UOM, acá no soy un*

*número” (hombre, 36 años); “porque yo y mi marido nos acostumbramos, fue metalúrgico siempre, ya conoce todo, es muy importante para la familia tener un sanatorio que sea de la UOM” (mujer, 56 años).*

Las razones señaladas por aquellos que deseaban cambiar de Obra Social consideraban en primer lugar que otras instituciones otorgaban mejores beneficios (49%): *“sí, porque mi suegro tiene bancarios y es mucho mejor en cuanto al trato, infraestructura”(mujer, 26 años); “sí, porque creo que las otras obras sociales te ofrecen otros beneficios, al haber poca gente te dan mayor atención a vos” (hombre, 27 años).*

En segundo lugar destacaron la disconformidad con la atención médica en la UOM: *“no estoy conforme con la atención, empeoró mucho en el último tiempo, hay pocos médicos y como están de paro no te dan turno” (mujer, 23 años); “sí me iría para mejorar, por un buen servicio, comodidad, lugares cercanos de atención, amplitud de horarios” (hombre 40 años). En menor medida se señalaba la necesidad de conocer y comparar los servicios ofrecidos para poder decidir mejor (19%): “sí, había averiguado en el Español por grupo familiar, era muy caro, hay cosas que la UOM no te da” (mujer, 36 años): “no estoy conforme acá, pero antes de decidir me tengo que poner a buscar bien qué hay, pero soy cómoda y todavía no lo hice” (mujer, 24 años).*

## **7.7. A modo de resumen**

La reforma de las Obras Sociales y un deficiente manejo organizacional repercutieron negativamente sobre las antiguas identidades de los líderes metalúrgicos que han sido representativos de la historia social y política del país (Svampa, 2000).

La profunda cristalización de valores concebidos en su creación, la escasa adaptación a los cambios en el mundo del trabajo, la inercia de sus dirigentes para concebir estrategias de asociación, la férrea negativa a instalar mecanismos más democráticos de funcionamiento y la paulatina pérdida de influencia y escasa capacidad de presión y negociación de la cúpula sindical, fueron los factores más importantes que han impedido una efectiva reconversión en la Obra Social, que no fuera más allá de atenuar la crisis financiera coyuntural.

Las autoridades del Secretariado General de la UOM se sumaron a la estrategia de varios gremios incapaces de enfrentar al gobierno de Menem para preservar su propia supervivencia. Lorenzo Miguel advertía este proceso, y por ello atravesó idas y vueltas en su adhesión al menemismo, pero requería ayuda financiera para su Obra Social y se veía obligado a recibir dádivas oficiales.

Otros gremios encararon estrategias de subordinación (apoyando iniciativas del gobierno a cambio de una relación privilegiada entre sus líderes y el poder político) o establecieron tácticas de resistencia, orientando sus acciones de negociación con el gobierno, pero oponiendo ciertos condicionamientos a las reformas institucionales (Murillo, 1997). La UOM podría ubicarse en este último grupo, ya que logró mantener el monopolio de la representación sindical sostenida en la personería gremial, obtuvo un salvataje a través del Fondo de Redistribución Solidario y, aunque de manera muy deteriorada, conservó su rol en las negociaciones colectivas (Palomino, 2003).

Si bien el fracaso de la reconversión de la UOM y su consecuente pedido de convocatoria de acreedores son producto de sus propias deficiencias organizacionales, otras causas externas como el cierre de industrias, el atraso salarial, la flexibilización laboral y el recorte en los aportes patronales convalidaron su caída. En ese sentido, la UOM fue el duro espejo donde se miraba la industria argentina. El fracaso de la reconversión de la Obra Social de la UOM arrastró hacia estrategias no deseadas por la cúpula sindical: ésta se negaba a ingresar al Programa del Banco Mundial dado que implicaba el gerenciamiento de sus centros hospitalarios, una reducción del personal administrativo y médico y un cambio en la gestión administrativa. Al no acceder a ese préstamo, se precipitó el colapso y se debió recurrir a una herramienta financiera (convocatoria de acreedores) que le permitió funcionar con una oferta de servicios de salud sumamente debilitada que finalmente derivó en el gerenciamiento de casi todos sus servicios propios.

Los relatos de los beneficiarios muestran cómo las reacciones de los individuos distan de ser uniformes y dependen de la experiencia de cada uno frente al dolor, la enfermedad, la personalidad del paciente, el contexto familiar, la pertenencia de clase, el nivel de educación y su situación laboral (Zborowski, 1952). Si bien se observaron ciertas desigualdades en el acceso a la consulta en los Centros de Salud en el período de mayor crisis financiera por la que estaba atravesando la OSUOMRA, especialmente entre los usuarios de mayor edad, menor nivel educativo y menores remuneraciones, el tema de la equidad en salud excede la distribución de la atención en salud y, por lo tanto, su análisis no debe reducirse sólo a ella (Sen, 2002). Poder escuchar las razones de aquellos que pese a todo desearían permanecer en la Obra Social ligadas a su historia familiar y laboral, al temor de tener que cambiar a los médicos con los que se tratan habitualmente son factores decisivos a la hora de continuar con la Obra Social que les da un sólido respaldo afectivo e identitario. Además como las consultas varían según las necesidades de las diferentes etapas de la vida, a medida que avanza la edad adquieren prioridad determinados problemas de salud frente a otros. En la madurez, tanto en

las mujeres como en los varones, el riesgo de padecer afecciones y discapacidades es mayor que en las edades más jóvenes (Gómez Gómez, 2002), cobra mayor importancia la relación médico/paciente y la relación paciente/institución. En muchos de estos beneficiarios predomina aún el respeto de los viejos ideales, los valores tradicionales y más cristalizados (Svampa, 2000).

Una categoría diferente es la del trabajador no tan integrado, característica propia de los más jóvenes, más apáticos y consumistas, despojados de toda subjetividad positiva. Según Svampa (2000) se trata del trabajador metalúrgico crítico o escéptico que no persigue ningún objetivo específico, y no intenta reconstituir ninguna identidad referida al ámbito laboral.

En ese sentido, también parece lógico que los jóvenes y los más educados, que no requieren consultas médicas tan frecuentes deseen contar con servicios de salud más confortables, en los que no deban perder tiempo de viaje ni esperar períodos prolongados para atenderse por guardia o por consultorios externos y para los que la relación médico/paciente pareciera no ser un aspecto tan prioritario porque sólo padecen problemas puntuales de salud.

Cabe por último hacer alguna referencia al instrumento de recolección de datos utilizado. Si bien, al igual que en la mayoría de los estudios analizados, la evaluación de la calidad de atención por parte de los usuarios resultó en términos generales muy positiva, se consiguió distinguir algunos aspectos que obtuvieron menores puntajes y que deberían ser objeto de revisión por parte de las autoridades del Sindicato de la UOM. Por otro lado, si la evaluación general fue positiva, una de las principales causas se debió a interpretar cómo opera la cuestión de la identidad y la pertenencia en la relación usuario/Obra Social.

## **Capítulo VIII - Estudio de caso: Obra Social del Personal Gráfico (OSPG)**

En este capítulo se analiza el trabajo campo efectuado en 2004 sobre la Obra Social del Personal Gráfico. El objetivo fue estudiar el proceso de reforma (ex post) de una entidad, también emblemática a nivel político-gremial, que decidió adherir al Programa del Fondo de Reconversión de Obras Sociales en 1998, fase que resultó útil para su saneamiento financiero. Se describen aspectos relacionados al surgimiento del gremio, las principales características de la Obra Social y la opinión de los actores involucrados (directores médicos, médicos, gremialistas y usuarios).

### **8.1. Surgimiento del gremio**

Los gráficos fueron pioneros en la organización sindical argentina, siendo la vanguardia del movimiento obrero. Se caracterizaron históricamente por la adquisición de saberes técnicos y culturales y del dominio de la lecto-escritura que los diferenciaba de otros gremios.

Además, su labor requería una adecuada capacitación profesional. El oficio se conseguía a través de un aprendizaje en los talleres que suponía un intenso proceso de interacción entre los trabajadores (Bengochea, 2002).

La actividad gráfica se inicia en Argentina a fines del siglo XVIII y principios del XIX, destinada sobre todo a una producción de carácter religioso e informativo-cultural vinculada a la impresión de periódicos, boletines y documentos públicos. La producción comercial se inició de manera incipiente en 1870 y en sus comienzos se concentró en la impresión de naipes, folletos, anuncios y almanaques (Grimberg, 1997).

En 1857 nació la Sociedad Tipográfica Bonaerense con la finalidad de “propender al adelanto del arte tipográfico, prestar socorro a los miembros que se enfermasen o imposibilitasen para el trabajo” y “proteger a los que necesiten auxilio justo”. La declaración de principios agregaba que la nueva organización trataría de “conseguir que los operarios sean siempre bien remunerados, de acuerdo a sus aptitudes y conocimientos”. Bajo el lema “trabajo, ilustración y fraternidad” reunía a patrones y trabajadores asalariados constituyéndose durante 20 años en la única organización solidaria para los trabajadores gráficos. Ese lema mostraba un fuerte vínculo entre trabajo y conocimiento, que identificó a la actividad gráfica con el progreso y la cultura. El eje de sus prácticas se centraba en la defensa

frente a la enfermedad y la muerte, tratando de imponer mecanismos de reciprocidad por parte de los trabajadores (Grimberg, 1997).

En 1877 se creó la Unión Tipográfica a nivel gremial, que estuvo conformada principalmente por anarquistas y libertarios. Un año después se impulsó la primera huelga general de los gráficos porteños, con la finalidad de evitar la reducción de las remuneraciones, el aumento de las horas de trabajo y la no incorporación de los niños en los talleres. La firmeza de esa medida logró que las empresas cedieran ante los reclamos planteados. Así, la jornada de trabajo y el salario se establecieron por primera vez en base a un convenio colectivo (Federación Gráfica Bonaerense, 2007).

En 1889 se organizó la Confederación de las Artes Gráficas, que tuvo predominio anarquista y fue una de las organizaciones impulsoras del armado de la Federación Obrera Regional Argentina. En 1892, y precedida por una intensa lucha interna, la reforma de los estatutos permitió incorporar nuevos fines no mutualistas y ampliar la composición de socios.

En 1903, la separación producida por razones políticas en las dos centrales obreras (FOA –anarquista– y la Unión General del Trabajo UGT –socialista–) tuvo como consecuencia la división entre la Federación de las Artes Gráficas –anarquista–, y la Unión Gráfica –socialista–. Ambas asociaciones, junto con las secciones francesas y alemanas de la ex-Confederación de las Artes Gráficas, impulsaron en 1907 una huelga que logró, entre otras conquistas, la apertura de comisiones paritarias, la reducción de la jornada de trabajo para los trabajadores gráficos y, especialmente, para los linotipistas. Ese movimiento de fuerza triunfante provocó la unión de las 4 asociaciones gremiales, que crearon en 1907 la Federación Gráfica Bonaerense (F.G.B.) (Grimberg, 1997 y Federación Gráfica Bonaerense, 2007).

En 1927 se constituyó a nivel nacional la Federación Obrera Poligráfica Argentina (FOPA), que intentó alentar la reunificación del sindicalismo argentino y cuyo resultado fue el surgimiento en 1930 de la Confederación General del Trabajo (CGT). (Federación Gráfica Bonaerense, 2007). El gobierno de Yrigoyen benefició a los trabajadores gráficos ya que se impulsó una política de recomposición de las relaciones laborales logrando, por primera vez sin huelga, renegociar su reglamento colectivo, situación que se revirtió luego del golpe de Estado de Uriburu, que desbarató los beneficios conquistados (Grimberg, 1997).

A partir del 1945, y con el peronismo, el gremio se expandió y modernizó, aunque se desataron fuertes contradicciones partidistas entre las conducciones socialistas, comunistas y una nueva agrupación gráfica peronista. En 1949, trabajadores peronistas, socialistas y comunistas organizaron una huelga de un mes para lograr la renovación del Convenio de

Trabajo. En 1950 se firmó la primera Convención Colectiva Nacional para los trabajadores de la industria gráfica del país, que incluía el área de obra y diarios. En memoria del nacimiento de Evita, el 7 de mayo se celebra el Día del Trabajador Gráfico (Federación Gráfica Bonaerense, 2007).

Entre 1940 y 1955 se quintuplicó la producción de libros (sólo en 1953 se imprimieron 51 millones de ejemplares) y el crecimiento de la industria editorial -tanto en Argentina como en los mercados hispanohablantes- acompañó la expansión económica del país. Luego, las continuos golpes militares provocaron una caída significativa en la producción (que en 1958 descendió a 14 millones de ejemplares) (Federación Gráfica Bonaerense, 2007).

Durante la década de 1960, la fuerte asociación entre especialización, cultura y politización fue un eje de identidad y diferenciación, tanto en los gráficos como entre otros trabajadores y el movimiento estudiantil (Grimberg, 1997). De esta manera surge, como oposición a la CGT Azopardo (que representaba una alianza sindical-militar), una Confederación paralela creada en el Congreso Normalizador de marzo de 1968 y dirigida por Raimundo Ongaro: la CGT de los Argentinos, símbolo de la resistencia a la dictadura de Onganía. Una de las publicaciones emblemáticas de la nueva organización fue la aparición del semanario “CGT de los Argentinos” (55 números desde 1968 hasta 1970) cuyos editores responsables fueron Ongaro y de Luca y el aporte de Rodolfo Walsh y Rogelio García Lupo. En 1969 la F.G.B. fue intervenida y se encarceló a su Secretario General Raimundo Ongaro (Federación Gráfica Bonaerense, 2007).

A partir de la muerte de Perón se tendió a desarticular la organización del gremio gráfico. En 1974 –por segunda vez en un gobierno peronista- la F.G.B. fue intervenida por la CGT, mientras llevaba adelante un Plan de recategorización por ramas a través de distintas medidas de fuerza (paros, demoras en la producción, restricción de los ritmos y los volúmenes de producción y aumentos de sueldos). Esta acción confrontaba con el Pacto Social por el cual se congelaban precios y salarios. El Ministerio de Trabajo decretó la anulación de la personería gremial, intervención y disolución de la F.G.B. y algunos ex dirigentes crearon el Sindicato Gráfico Argentino. Ongaro fue nuevamente encarcelado y luego expulsado del país. (Grimberg, 1997 y Federación Gráfica Bonaerense, 2007).

Paralelamente, en la década de 1970 se inicia un cambio fundamental en las imprentas: la fotocomposición desplaza a las máquinas linotipistas y desaparece la tradicional fundición en caliente del plomo. El offset permitió que la producción gráfica ganara en rapidez y calidad. El cambio tecnológico requirió una nueva negociación del convenio colectivo de trabajo; de los 45.000 trabajadores gráficos en 1940, la industria sólo contaba con 22.000 en

1970, mientras que la producción había aumentado cuatro veces sin una recalificación de las categorías profesionales. (Federación Gráfica Bonaerense, 2007). Estas transformaciones significaban la pérdida del arte original, ya que prescindía de la creatividad del trabajador y menoscababa la identidad masculina. Linotipistas y tipógrafos se jactaban de “hacer la letra” y además eran el sector más combativo del gremio. Muchos de estos trabajadores no aceptaron las nuevas condiciones y se retiraron de la industria o se jubilaron cuando tenían la edad necesaria (Bengochea, 2002).

La política represiva instaurada durante la dictadura militar en 1976 implicó la desaparición de 80 trabajadores gráficos y la prisión y el despido de activistas y delegados. También significó la pérdida de conquistas y la drástica supresión de los mecanismos de intervención y negociación sindical contemplados en el convenio gráfico (Grimberg, 1997). Por otra parte, la apertura de la economía afectó la situación de pequeñas y medianas industrias gráficas que se encontraban al borde de la quiebra por la desinversión y el achicamiento del mercado (Federación Gráfica Bonaerense, 2007).

Con el retorno de la democracia, el gremio se normalizó y Ongaro reasumió como Secretario General, encarando tareas de afiliación y reorganización (en esa época la industria contaba con 30.000 trabajadores). El Sindicato respaldó diferentes medidas para favorecer el reequipamiento de los talleres y se suscribió un nuevo Convenio Colectivo de Trabajo. Se abrieron casas gráficas zonales en distintos puntos del Gran Buenos Aires, habilitando servicios médicos y capacitación laboral (Federación Gráfica Bonaerense, 2007). Entre 1990 y 1995 la industria gráfica creció por encima del promedio de la industria manufacturera y soportó mejor la caída en el número de obreros ocupados y en la cantidad de horas trabajadas (Bengochea, 2002).

En 1999 el Sindicato recuperó su histórico nombre de F.G.B. Paralelamente la informática, el diseño por computación y la digitalización se impusieron en el proceso de producción, que requirió una intensiva capacitación profesional para entrenar a los trabajadores en las nuevas tecnologías (Los Gráficos, 150 años, 2007). La reconversión tecnológica se identifica como recurso que favorece a las empresas por la reducción de puestos de trabajo y por la menor dependencia de la competencia en un contexto de desempleo (Bengochea, 2002).

Para enfrentar la desocupación resultante de la crisis del 2001 se crearon varias cooperativas de trabajo gráficas. Desde 2000 a 2001 se redujo un 25% el volumen de trabajadores gráficos (de 24.000 a 18.000 personas), aunque los beneficiarios de la Obra Social se mantuvieron constantes a raíz de la existencia de contratos temporarios. El despido

recayó con más peso entre los jóvenes, las mujeres y las personas menores salarios; esas cesantías se produjeron especialmente en talleres pequeños. Las causas se vincularon a la disminución de la demanda del mercado por la recesión y no tanto a la reconversión tecnológica. Casi la mitad de la masa de despedidos (47%) fue reemplazada por ingresantes más jóvenes (sobre todo mujeres), tanto en empleos temporarios como permanentes con remuneraciones menores al promedio de la industria gráfica. Esta reducción en los salarios implicó para la Obra Social menores aportes destinados a la salud (Bengochea (2002).

El tamaño de los establecimientos en los que se desempeñaban los trabajadores gráficos estaba compuesto por pequeñas y medianas empresas de diverso perfil. Algo más de la cuarta parte de los trabajadores activos (28%) se desempeñaba en empresas de 6 a 20 personas, percibiendo salarios inferiores al promedio del gremio (\$ 800 en el año 2001). Las empresas de más de 100 trabajadores concentraban al 21% de los mismos, y percibían salarios muy superiores al promedio general. La brecha salarial estuvo vinculada con el tamaño de las empresas y con su grado de desarrollo tecnológico (Bengochea 2002).

## **8.2. Estructura de la Obra Social del Personal Gráfico (OSPG)**

La OSPG depende del Sindicato (F.G.B.) que designa a un Consejo Directivo compuesto por un Presidente, Vicepresidente, Tesorero, Secretario de Asistencia Social, Secretario de Actas, 3 suplentes y una Comisión Revisora de Cuentas. Se trata de una Asociación Civil sin fines de lucro y su estatuto está aprobado por la Superintendencia de Servicios de Salud. El Consejo Directivo ha estado integrado por dirigentes sindicales de larga trayectoria gremial.

El sindicato está compuesto por un promedio de 200 personas de ambos sexos que se desempeñan en los distintos establecimientos gráficos. Las actividades de la industria según la desagregación por ramas adaptada a la estructura nacional productiva del INDEC, considera las siguientes actividades: edición de libros, folletos, partituras y otras publicaciones; edición de periódicos, revistas y publicaciones periódicas; edición de grabaciones; actividades de impresión; actividades de servicios relacionadas con la impresión y reproducción de grabaciones.

Son beneficiarios de la OSPG los operarios gráficos y su núcleo familiar y los empleados administrativos de todas las categorías cuyas tareas están estipuladas en el Convenio Colectivo de Trabajo. Se excluye al personal administrativo de medios periodísticos y al personal de dirección. Su ámbito de actuación se limita a la Capital Federal y los partidos

ubicados en el primer y segundo cordón del Conurbano Bonaerense que abarcan aproximadamente al 75% de los trabajadores gráficos (Bengochea, 2002).

Las prestaciones de la OSPG estuvieron estructuradas en base a la centralización de sus servicios propios de hospitalización y, con criterios georreferenciales, se contrataron efectores para el primer y segundo nivel de atención ambulatoria.

Originalmente la Obra Social funcionaba en el Sindicato de la F.G.B., luego se adquirió el Sanatorio Calipo, ubicado en el barrio de Congreso (sede actual del Centro Gallego), y posteriormente la entidad se trasladó a la actual sede, que pertenecía a la Sociedad de Socorros Mutuos de la Cooperativa del Hogar Obrero.

En esa sede funciona actualmente la administración de la Obra Social y la Clínica Ciudad de Vida. El gremio debió superar las reiteradas crisis que enfrentó el país: suspensiones, despidos y cierres de talleres, así como el endeudamiento de algunos empresarios que evadían aportes y contribuciones de los trabajadores a la Obra Social. Pese a ello ha crecido, incorporando equipamiento y ampliando sus instalaciones.

En el momento de efectuar el trabajo de campo (2004) la Clínica contaba con todos los niveles de complejidad excepto hospitalización obstétrica desde la semana 20 del embarazo, trasplantes de órganos y cirugía vascular. A partir de 2008 todos estos servicios fueron incorporados por la Clínica a partir de la ampliación de su infraestructura. En 2001 contaba con 51 camas, dotación que se acrecentó en un 50% en 2004.

Además del edificio propio, la OSPG mantiene servicios contratados en otros centros asistenciales del Conurbano Bonaerense y cuenta con casas gráficas zonales. Para mejorar la calidad del primer nivel de atención posee una red de médicos zonales de las especialidades básicas distribuidos en el primer y segundo cordón del Conurbano Bonaerense. Existe además una red de consultorios odontológicos y la red de farmacias cuenta con casi 250 bocas de expendio.

Es importante resaltar que como parte de su política sindical, la OSPG no diferencia la oferta de servicios de salud entre trabajadores ocupados y despedidos, porque en 2001 no existían mecanismos administrativos que pudieran identificarlos. En ese sentido, cuando los afiliados solicitaban extensión de cobertura para finalizar tratamientos, éstos se otorgaban en forma automática.

## Población de la OSPG

La población de la OSPG que incluye a titulares, familiares, adherentes y jubilados ha sufrido algunos altibajos desde 1997 hasta 2004. El cuadro N° 1 muestra un aumento de afiliados entre 1997 y 1999 y una caída a partir de 2001 a raíz de la crisis por la que atravesó la industria gráfica. Luego de 2004 se observa una lenta recuperación, que se mantuvo en niveles estables hasta la actualidad (en 2010 la OSPG contaba con 48.000 beneficiarios de los cuales la mitad estaba conformada por titulares).

La población ocupada estable durante 2000-2001 estuvo conformada por trabajadores jóvenes (el 74% tenía entre 20 y 44 años), con neto predominio del sexo masculino (85%) y un promedio de remuneraciones que se acrecienta con la edad, desfavorecía a las trabajadoras (su salario era un 38% menor que el de los varones) (Bengochea, 2002).

Aproximadamente el 50% de la población de la OSPG estaba constituida por familiares ordinarios y extraordinarios, así como por jubilados voluntarios y familiares ordinarios y extraordinarios de esos jubilados. Los jubilados representaban el 5% del total de afiliados.

Cuadro N° 1. Cantidad de beneficiarios de la OSPG – Período 1997-2004 – En números absolutos

AÑO	Beneficiarios Totales	Altas por traspasos	Bajas por Traspasos	Balance Altas/Bajas
1997	58004	427	344	+83
1998	60989	328	646	-318
1999	64914	297	531	-234
2000	62371	389	230	+159
2001	56469	748	157	+591
2002	50235	771	188	+583
2003	44093	945	208	+737
2004	45521	495	103	+392

Fuente: Dirección de Estadísticas - Centro de Cómputos OSPG. Incluye familiares, adherentes y jubilados.

La libre elección de Obras Sociales arrojó para la OSPG un balance positivo alcanzando a un total de 1993 beneficiarios desde 1997 hasta 2004, tuvo algunas bajas durante 1998 y 1999 pero obtuvo mayores incorporaciones luego de su proceso de reconversión a partir de

2000. Es de señalar que esta Obra Social no forma parte de las entidades con mayores ganancias ni de las que han tenido pérdidas excesivas.

#### Indicadores económicos-financieros y producción prestacional

Según datos de la Superintendencia de Servicios de Salud (1999) la Obra Social del Personal Gráfico no poseía déficit entre sus Ingresos y Egresos. En ese año mostró un ingreso per cápita mensual de \$ 29 y un egreso per cápita mensual de \$ 27, teniendo en su haber una liquidez total de 2.06. El 85% de los gastos de la entidad se destinaban a prestaciones médicas, un 6% correspondió a prestaciones sociales y el 3% restante era para gastos administrativos. Este promedio de gastos administrativos fue mucho más bajo que el promedio general del sistema y sus indicadores de consultas y de egresos eran algo más elevados que los correspondientes al promedio de entidades que percibían promedios de ingreso entre \$ 30 a 40 en ese período.

El siguiente cuadro N° 2 detalla el promedio de consultas y de egresos anuales producidos en el período 1997-2003.

Cuadro N° 2 - Índices de consultas anuales y egresos anuales – OSPG – 1997/2003

Año	Índice de consultas anuales por beneficiario	Índice de egresos anuales por cada 100 beneficiarios
1997	3.9	9.4
1998	4.4	8.5
1999	4.0	8.4
2000	4.2	8.9
2001	4.3	9.7
2002	3.9	9.4
2003	4.0	10.7

Fuente: Dirección de Estadísticas - Centro de Cómputos – OSPG.

Pese a la crisis de 2001, la OSPG ha mantenido y, en algunos períodos, ha aumentado, sus índices de consultas médicas y egresos (Cuadro N° 2). Podría decirse que se observa un aumento en el índice de internación y de consultas médicas ambulatorias, especialmente en 2001. Este crecimiento se debió a una mayor cantidad de partos (se contabilizan dos altas por madre y niño) y por problemas de salud derivados de la crisis socioeconómica.

En promedio, el 65% de los egresos y el 70% de las consultas entre 1999 y 2003 se produjeron en los servicios propios de la OSPG. El 95% de las consultas en servicios propios se realizaron en el ámbito de la Capital Federal. Del total de consultas médicas producidas durante el año 2003, el 55% fueron realizadas por mujeres. Teniendo en cuenta la inserción laboral, sólo el 7,5% de las consultas las hicieron jubilados de la Obra Social. El promedio de días de estada por internación alcanzó en el año 2003 a 3,88.

Del total de prácticas especializadas ambulatorias efectuadas durante 2003, el 53% correspondió a prestaciones de baja complejidad y entre éstas una gran mayoría (88%) se efectuaron en Capital Federal; en cambio, del total de prácticas de alta complejidad, el 72% se realizaron en Capital Federal y el resto en el Conurbano Bonaerense (Estadísticas y Centro de Cómputos, OSPG).

### **8.3. El proceso de Reconversión**

Ante la ausencia de problemas financieros y como se enmarcaba entre los requisitos establecidos por el Banco Mundial, las autoridades de la OSPG decidieron por unanimidad en 1997 realizar una precalificación para obtener el préstamo del FROS. La posibilidad de expansión y de seguimiento de su política de prestaciones en servicios propios fueron los principales objetivos para adherir al FROS. Si bien se trataba de una entidad con pocos afiliados, obtuvo la aprobación del Banco Mundial que le otorgó, a principios de 1998, la suma de \$ 1.912.142. El préstamo implicaba, aproximadamente, 1,5 veces la recaudación mensual de la entidad.

Para las autoridades del Banco Mundial, la OSPG fue una de las entidades exitosas que mejoró sus finanzas, aumentó la eficiencia interna y desarrolló sistemas adecuados para cumplir con los nuevos estándares y regulaciones.

Con el monto recibido se logró mejorar la atención administrativa, realizar una reorganización en la solicitud de turnos, mejorar los sistemas de información, capacitar al personal, implementar un sistema de cartillas médicas para distribuir las en los lugares de trabajo y comprar terrenos para la construcción de nuevos centros de salud en el Conurbano de Buenos Aires.

El plantel de los recursos humanos de la Obra Social entre 1997 y 2004 no sufrió severas modificaciones a partir de la obtención del préstamo. El siguiente cuadro muestra la evolución de los trabajadores de la entidad que incluye a los efectivos, contratados y prestadores.

Cuadro N° 3 – Evolución del plantel de Recursos Humanos de la OSPG – 1997-2003. En números absolutos

Año	Cantidad de Personas
1997	463
1998	461
1999	483
2000	492
2001	502
2002	498
2003	478
2004	500

Fuente: Dirección de Estadísticas - Centro de Cómputos – OSPG.

La dotación de recursos humanos de la Obra Social fue relativamente estable a lo largo del período. Se produjo una mínima reducción entre 2002 y 2003, quizás debido a algunas modificaciones de prestadores externos, que mostró una lenta recuperación a partir de 2004.

El cumplimiento de la deuda generada por el préstamo no provocó para la institución graves problemas financieros. Evidentemente, haber adherido al Programa de Reversión del Banco Mundial no implicó pasar por una situación problemática de acuerdo a la visión de los dirigentes que tomaron tal decisión. Hubo ciertas desavenencias con una lista opositora, constituida por algunos miembros de partidos de izquierda, pero al ser esa lista minoritaria dentro del Consejo Directivo, no tuvo influencia en la decisión tomada.

En realidad el mayor conflicto por el que atravesó la OSPG fue la recesión productiva padecida a partir de la crisis de 2001, que provocó despidos de personal, cierre de talleres gráficos y menores ingresos por la disminución de aportes por parte de los empleadores, lo que llevó a reestructurar algunos manejos administrativos debido a mayores prácticas prestacionales (tanto de los trabajadores ocupados como de los despedidos, a los que la Obra Social siguió cubriendo en lo referente a los servicios de salud).

Las modalidades de flexibilización laboral que ya se venían observando y la adecuación tecnológica de las grandes empresas gráficas implicaron una mayor acumulación de capital para los empresarios pero redujeron el margen de maniobra que tenía hasta ese entonces la entidad.

#### 8.4. La visión de los actores involucrados

Dirigentes del Sindicato, Responsables de la Obra Social y médicos

Se realizaron en total 8 entrevistas en profundidad a directores de la Obra Social a empleados administrativos, a médicos y a dirigentes sindicales de la Federación Gráfica Bonaerense. El trabajo de campo se desarrolló desde setiembre a diciembre del año 2004. 005.

A través del discurso de los responsables de la Obra Social y del Sindicato se pone de manifiesto una estrecha vinculación de los directivos de la Obra Social con la conducción sindical de la F.G.B. Esto hace que la política de salud que se implementa no presente fisuras; en sus argumentos los entrevistados afirmaban garantizar la atención a la salud de los compañeros gráficos con principios solidarios y equitativos:

*“tanto yo como todos los delegados gremiales nos ocupamos personalmente que a los compañeros de las empresas se les resuelva en la Obra Social todos los problemas de salud, nadie debe quede sin ser atendido y además debe estar bien atendido, si un trabajador considera que no fue bien atendido en un centro contratado se le solicita que sugiera otros lugares de atención; hemos trabajado mucho para lograr una Obra Social que es un modelo para sus afiliados.”*  
(Dirigente de la F.G.B.)

En este contexto, el rol del delegado gremial debía cumplir con determinados requisitos que respaldan la tradición gráfica: *“Ser miembro de la familia gráfica trasciende la atención médica, el afiliado es muy particular. El delegado en la fábrica es primordial como puente entre el sindicato y la Obra Social”* (Dirigente de la F.G.B.).

Otro eje que se advierte en el discurso es la persistencia en poner de relieve la historia de luchas de la organización gremial a lo largo del tiempo y las conquistas logradas: *“fuimos protagonistas de las primera huelgas, los que logramos los primeros convenios, los que unimos al movimiento obrero y los que encausamos la CGT de los Argentinos”* (Dirigente de la OSPG).

La organización de la atención médica de la Clínica Ciudad de Vida es descripta minuciosamente resaltando los avances en su estructura:

*“El personal médico se mantuvo estable, fue aumentando progresivamente. Se registra un médico de cabecera de la internación por cada 6 camas en cuidados generales. Los especialistas son llamados en interconsultas y pertenecen a la plantilla permanente de la Clínica. Cuenta con médicos de guardia y especialistas de guardia pasiva. El personal de enfermería está asignado con similar distribución a la de los médicos. Los enfermeros están profesionalizados en un 90% y de ellos el 60% posee título universitario.”* (Dirigente de la OSPG)

Si bien consideraban que el proceso de desregulación de las Obras Sociales fue una imposición de los Organismos Internacionales, intentaban preservar determinadas premisas relacionadas con brindar una similar calidad de atención en una adecuada gestión:

*“En los 90 se consideraba que la infraestructura propia daría un ámbito de igualdad de oportunidades para la asistencia de beneficiarios, así como se intentaba demostrar que la transparencia de la gestión resultaría en cantidad y calidad de prestaciones superiores a las que el gremio pudiera acceder si contrataba estos servicios. En un contexto en el que gran cantidad de obras sociales optaban por tercerizar el gerenciamiento de las prestaciones médicas, o cerrar sus servicios propios de salud, tal como se impulsaba desde el Gobierno y los Bancos, la OSPG reafirmaba su política histórica e inauguraba un servicio propio en el marco de la Reforma de Obras Sociales.”* (Dirigente de la OSPG)

Haber solicitado el préstamo al Banco Mundial tuvo como motivo principal mantener la identidad gráfica y continuar con la “*política histórica*” de gerenciamiento propio. Se indagó sobre algunas barreras o desventajas asociadas a los requisitos para el acceso al préstamo, tales como contratación de consultoras, reconversión y disminución de personal, presentación de informes, pago de la cuota del préstamo y generación de deuda a futuro, pero todas las respuestas apuntaron a resaltar los aspectos positivos que se lograron con esa herramienta:

*“Con el préstamo del PROS se mejoró la atención administrativa, la solicitud de turnos, la informatización, y las cartillas médicas. Por otro lado se pudieron adquirir nuevas sub-sedes”* (Dirigente de la OSPG).

*“No fue complicado para nosotros la adhesión al PROS: no significó ni una deuda ni una carga. Con ese dinero se mejoró la Clínica Ciudad de Vida, se compraron terrenos para construir casas zonales en el Conurbano, (Lomas de Zamora, Don*

*Torcuato, Morón y San Justo) y fue ínfima la cantidad de personal despedido, aunque la lista opuesta diga lo contrario. También se mejoraron los sistemas administrativos. (Dirigente de la F.G.B.)*

Para ellos, el problema más grave no radicaba en el proceso de desregulación que ya había acaecido hace mucho tiempo y fue superado sin sufrir reveses, sino en los problemas económicos y financieros derivados de la crisis de 2001:

*“hubo que acudir a los copagos, tuvimos que cortar algunos servicios contratados, pero en sí la desregulación no provocó mayores conflictos. La mayoría de los afiliados debe viajar mucho, vienen de Luis Guillón para atenderse, y con el préstamo se pudieron abrir centros en otras zonas” (Empleada Obra Social); “Los crecientes aranceles, el corte de las clínicas zonales, cierta caída en la calidad de atención, la ola de despedidos provocó gran caos tanto en el Sindicato como en la Obra Social” (Ex dirigente gremial);*

*“La baja de afiliados por la crisis fue bastante brutal: en el 85 teníamos 30.000 y en el 2001 bajó esa cifra a 21.000 afiliados por la quiebra de las empresas gráficas. Hasta el 2001 había 60 clínicas contratadas que luego debieron suspenderse sus contratos. En 2004 quedaron 43 clínicas. (Dirigente de la F.G.B.)*

Nuevamente se subrayaba el papel fundamental de los delegados, la democracia organizada al interior del gremio y la amplia participación de los trabajadores durante la crisis:

*“Alrededor de 700 asambleas de base se realizaron durante el período 1999-2002 en los distintos talleres gráficos, para informar y debatir democráticamente las medidas en resguardo de nuestros intereses y para hacer frente a las ofensivas patronales que al amparo de la crisis y de políticas imperantes pretendían cambiar nuestro convenio.” (Dirigente de la F.G.B.)*

#### La opinión de los médicos

No fue fácil entrevistar al personal médico porque sus horarios de trabajo eran extensos y en general atendían también en sedes zonales del Conurbano. La visión de los médicos (contactados por recomendación de los dirigentes de la F.G.B.) fue bastante similar a la expresada por los responsables de la Obra Social y del Sindicato. Se sentían conformes con

su trabajo en la entidad y además estaban ampliamente compenetrados con la política de la Obra Social. Su trayectoria evidenciaba experiencia en la atención en Obras Sociales y en Hospitales Públicos. Todos tenían al momento de la entrevista una antigüedad de 7 a más años en la OSPG.

Los clínicos generalmente actuaban como médicos de cabecera: efectuaban consultas, prescribían medicamentos con descuento (la Clínica dispone de una farmacia) y derivaban a especialistas o a prestaciones de mayor complejidad. Trataban de brindar una adecuada atención, aunque los tiempos de espera fueran prolongados.

Los médicos advertían diferencias en la política de salud de la OSPG al comparar ésta con otras obras sociales. En ese sentido consideraban que la entidad siempre trataba de ir un paso más adelante en la promoción y prevención de la salud. Recalcaban una visión de anticipación de los dirigentes que involucraba la participación de los profesionales de la salud. Mencionaron con orgullo que estaba próximo a crearse un centro de estudios e investigación sobre salud:

*“En esta Obra Social se realizan reuniones con médicos para promover programas de prevención: así surgieron los programas de control de diabetes y colesterol. En muchas empresas se formaron equipos con enfermeras, médicos y trabajadores que intentan prevenir estas enfermedades” (Médico clínico); “La idea es tratar de crear un Instituto de Estudios Sociales y Salud, nos encantaría que su coordinador sea el Dr. Floreal Ferrara, para hacer actividades sobre distintos temas de salud y prevención y poder pensar en algún proceso de investigación con un involucramiento de todos.” (Médica Psiquiatra)*

También se resaltó la actitud de los médicos hacia los trabajadores despedidos durante la crisis de 2001, detectando una excelente predisposición en la atención: *“El cuerpo médico trata que en el caso de los despedidos, y ante la finalización de la cobertura, la aceleración de actos quirúrgicos y rapidez de asignación de turnos para consultas ambulatorias” (Médica Pediatra).*

No aludieron a fuertes injerencias en los actos médicos por parte de los dirigentes sindicales; por el contrario, destacaron la comunión de intereses entre la cúpula médica y la sindical. Al indagar sobre el proceso de reconversión fue curioso comprobar que una médica desconocía a qué se refería esa pregunta. Según ellos, se produjeron algunos cambios positivos que mejoraron el proceso de atención médica y la organización administrativa:

*“Poder pedir turnos telefónicos y tener más cartillas médicas mejoró bastante la atención y la difusión. El tema de la difusión de las cartillas fue interesante: como se trata de una población muy heterogénea a nivel de distribución geográfica, se utilizaba a los delegados de los talleres para la entrega de cartillas, pero no era una garantía que los afiliados titulares -en su mayoría varones- las entreguen en sus respectivos hogares. Lo que pasa es que los delegados indican que los beneficiarios registran la necesidad de informarse sobre los servicios de salud cuando los precisan y en el momento de utilizarlos. Las mujeres son más proclives a retirar cartillas. Ahora los afiliados en general refieren que en sus lugares de trabajo circulan las cartillas.” (Médica Clínica)*

La incorporación de tecnología de avanzada y la ampliación de la Clínica para concentrar mayores prestaciones en los servicios propios eran aspectos que al momento de las entrevistas, aún quedaban pendientes:

*“la escasez de equipos (tomógrafo) y de prácticas especializadas hace que se deba acudir a servicios contratados y es todo más caro. Creo que si hay superavit vale la pena invertir en mayor tecnología médica. Ojalá que ése sea el objetivo para un futuro bastante mediato en esta Obra Social.” (Médica Clínica)*

El proceso de reconversión fue una oportunidad para poder cumplir objetivos relacionados con sus propias políticas. El tránsito no fue traumático y no debieron acudir al gerenciamiento de sus servicios, ni a un despido masivo de su personal y tampoco les afectó la fuga de afiliados a otras entidades. Aprovecharon las herramientas disponibles para capacitar al personal, mejorar los procesos administrativos e informáticos y ampliar la infraestructura propia. No acordaban ideológicamente con los decretos del Gobierno ni con las recetas de los Organismos Internacionales, pero aprovecharon los instrumentos imperantes para sus propios intereses. Fue un mecanismo de aggiornamiento para preservar su propio poder.

## 8.5. La opinión de los usuarios

### 8.5.1. Etapa cualitativa

El objetivo de la fase cualitativa era indagar las actitudes de los usuarios de la Obra Social a fin de construir indicadores novedosos para la etapa cuantitativa posterior que constaba de un cuestionario semi-estructurado. Para ello se efectuaron 11 entrevistas que contenían preguntas abiertas en base a una guía de pautas (ver Anexo Estadístico OSPG) a afiliados de ambos sexos de la OSPG. El trabajo de campo se realizó en octubre de 2004 para explorar algunos aspectos inherentes al acceso y uso de la Obra Social, a la evaluación de la calidad de atención y a la voluntad de permanencia en la entidad. Se entrevistó a los afiliados que concurrían a los consultorios externos de la Clínica Ciudad de Vida de Capital Federal, seleccionando una muestra no probabilística. El material obtenido de las entrevistas fue procesado mediante la aplicación del programa informático Atlas T. Del análisis realizado surgieron tres dimensiones en torno a las percepciones de los afiliados sobre la Obra Social: a) Identificación con la OSPG y tipo de vínculo establecido con ésta y, b) Evaluación de la calidad de atención

#### Breve descripción de la muestra

Se entrevistó a 7 mujeres y 4 hombres que asistían a los Consultorios Externos de la Clínica de la OSPG en diferentes especialidades médicas. Se establecieron cuotas por años de antigüedad conformando un segmento de 4 entrevistados con menor antigüedad (1 a 7 años) y el resto con más de 10 años de afiliación. Las edades de los entrevistados estaban en estrecha relación con sus años de antigüedad, salvo el caso de una mujer joven (18 años) que es beneficiaria de la OSPG desde que nació porque el padre siempre se desempeñó en la actividad gráfica. Se entrevistó a 5 personas jóvenes de 18 a 33 años y el resto tenía de 57 a más años. En cuanto al nivel de estudios algo más de la mitad completó el nivel secundario (Ver Grilla I al final de este apartado).

#### Identificación con la OSPG

Todas las citas vinculadas a la variable *identidad gráfica* provenían del segmento de afiliados con mayor antigüedad. En los relatos aparecía con fuerza la idea de un *nosotros* con muy pocas menciones individuales y muchas referencias a la historia colectiva. Se valoraron

las luchas sindicales encaradas por el gremio y en la que ellos se incluían como protagonistas. La asociación entre la obra social y el sindicato aparecía como casi simbiótica: *"Nosotros esto lo queremos porque nos costó mucho, muchos compañeros estuvieron hasta presos por defender esta obra social en el '49. Fuimos el primer gremio que le hizo paro a Perón. Para nosotros esto es parte de nuestra vida."* (Mario, 79 años, jubilado gráfico)

*"Tengo 70 años y estoy afiliado hace muchos años. El sindicato estaba manejado por los anarquistas, después los comunistas, después los socialistas, había de todo. Todos se respetaban, compartieran su idea o no. Estábamos orgullosos de ser gráficos, éste era un gremio superior. Era un gremio de gente instruida, hablando con los compañeros uno aprendía porque eran todos instruidos."* (Carlos, 70 años)

Pero como contracara del *nosotros* surge un *ellos*, identificado con las nuevas camadas de afiliados a la Obra Social, que genera cierta decepción:

*"Las nuevas generaciones están perdiendo un poco el amor por todo esto, no se calientan por nada, porque no les cuesta nada. Tienen todo servido. ¿Cuándo van a hacer una asamblea en el Luna Park como hacíamos nosotros porque esto nos quedaba chico? No estamos orgullosos porque es un pecado ser orgulloso, pero sí estamos satisfechos, no sólo de ser gráficos sino de tener este servicio"* (Alberto, 68 años).

El *nosotros* se constituye, en términos de Bauman (1999), alrededor de una ética del trabajo como articulador de la identidad social. En este sentido, como afirmaba una afiliada, esposa de un jubilado gráfico, el trabajo es altamente valorado: *"Mi marido es gráfico de alma"*. Los relatos sobre la Obra Social daban cuenta de una fuerte articulación entre la biografía personal y la historia de la institución:

*"Mirá..., la alegría mía fue... porque esto estaba vacío, y nosotros teníamos la antigua sede ahí en Belgrano, con un cartel de "vendido"... Y cuando pasé y vi "Gráfica Argentina"..., cuando compraron el edificio nuevo, eso fue una alegría... como cuando cumplí 18 años, y después refaccionaron el edificio a full"* (Mario, 79 años).

Esta identificación con la institución se traduce en una amplia participación en las actividades por una arraigada pertenencia. Los afiliados ya jubilados que permanecían en la Obra Social nunca se sintieron pasivos, por el contrario encararon iniciativas que tendían a apoyar a la entidad:

*“Yo siempre fui un colaborador de la Obra Social y del Sindicato, nunca quise ser dirigente, pero siempre estuve vinculado, hasta hace dos años fui tesorero de la Comisión de Jubilados. Yo tengo muy buena relación con toda la gente de acá. Propuse junto con otros compañeros, hacer un bono solidario de \$5, el que lo podía poner lo pone, el que no puede, no, y ese dinero se dona mensualmente o cada 60 días a la Obra Social. Se empezó a hacer cuando se compró este edificio, cada dos meses juntábamos \$1000 o \$1800 y lo traíamos acá, y actualmente hay compañeros que vamos a Tesorería y hacemos una donación a la Obra Social”*  
(Carlos, 70 años).

Estos testimonios también revelan que los dirigentes sindicales encaraban estrategias abiertas de representación y participación y esas acciones fueron aceptadas ampliamente por los afiliados.

Entre el segmento de menor antigüedad de afiliación no aparecen referencias relacionadas con la identidad gráfica ni con un conocimiento de la historia de la OSPG. La participación activa es ajena y encarada por *otros*. Su papel se circunscribe a ser usuarios, sólo forman parte de las sociedades de consumidores (Bauman, 1999), en las que los sujetos limitan su actividad a la búsqueda y selección de objetos (entre los que se hallan los servicios de salud) para ser usados sin participar en su producción.

Con respecto al tipo de vínculo establecido con la Obra Social, algunos entrevistados manifestaron, a través de su discurso, dos dimensiones diferentes: un grupo destacaba aspectos afectivos en los que la amabilidad y la adecuada relación médico-paciente eran ampliamente valorados: *“Vos venís y los médicos te atienden y si necesitás algo ellos te dicen lo que tenés que hacer. La doctora que me atendió ahora jamás la he visto... y ella me trata como si yo fuera una persona conocida. Entonces, te sentís bien y sentís que eso te ayuda”* (Laura, 33 años); mientras que otro grupo aludía a aspectos más instrumentales asociados con la inserción ocupacional, la lógica de la obligatoriedad del servicio brindado y el beneficio percibido por la relación contractual: *“Todos los servicios los tenemos para atendernos y yo hice todos los aportes”* (Alberto, 68 años); *“Acá se aporta diariamente mientras uno trabaja,*

*y después cuando uno viene a atenderse también hay que pagar, no el costo particular, pero hay que pagar.” (Ernesto, 57 años)*

#### Evaluación de la calidad de atención: sus vivencias

Como en la mayoría de los estudios sobre este tema, los entrevistados han puesto especial énfasis en valor a los recursos humanos de la Obra Social. Los comentarios del grupo de usuarios de mayor antigüedad hicieron hincapié en la calidad de los médicos, enfermeras y empleados administrativos. La fuerte identificación con la Obra Social sostenida por la carga afectiva, no impidió comparar la atención recibida con otros servicios de salud:

*"La Obra Social es lo mejor que tenemos, médicos excelentes, la atención es preciosa, te tratan con mucho respeto, con mucho amor, mucha paciencia, lo que no tiene la gente hoy en día. Yo estoy contentísima; más que yo veo que en otras obras sociales hay tantos problemas y acá no. Últimamente un poquito, ¿no?, con los médicos hay que esperar un poco de tiempo, pero la atención es siempre la misma" (Susana, 75 años); "Toda la gente está muy contenta acá, ¿fuiste a la sección de los chicos?, hasta hay juegos, parece una clínica privada...Mi marido ha tenido experiencias con prepagas, no tuvo solamente ésta, anteriormente había tenido Novus. Yo de prepagas vengo de, qué sé yo, hace muchísimo. Tuve dos prepagas, te digo que, comparativamente, acá... ¿qué estás abonando? Nada." (Eugenia, 54 años)*

Las críticas son casi imperceptibles. Algunas personas de más antigüedad se quejaban por el tiempo de espera para la cita con el médico y los escasos centros de salud existentes en el Conurbano Bonaerense: *"Nosotros vivimos en Wilde y tuvimos que venir acá. Antes, por ejemplo, podía elegir médicos zonales, clínicas zonales, pero después no sé qué pasó, y hay que venir acá, y a veces desde Wilde hasta acá queda a trasmano" (Ernesto, 57 años).*

Pese a que todos los afiliados más antiguos conocían la posibilidad de poder cambiar de Obra Social, ninguno de ellos pensaba elegir otra entidad. Los motivos expresados se referían sobre todo al conocimiento y a la tradición: *"siempre me atendí acá"* y a la estrecha relación establecida con médicos, enfermeras y personal administrativo: *"todos te atienden bien"* En su decisión primaban más aspectos afectivos e identitarios sobre los técnicos inherentes con la calidad de los servicios de salud.

¿Qué opinan los beneficiarios de menor antigüedad de afiliación sobre la calidad de atención? Se detectó mayor precisión y detalle sobre las experiencias personales relacionadas con las consultas médicas y un menor uso de los servicios de salud que es habitual entre los más jóvenes:

*“No vengo mucho al médico, lo normal sí, pero por lo menos tiene todo, viste, acá por ejemplo, tiene internación, tiene farmacia, por eso vengo acá, porque sino yo estaría en Provincia, en Berazategui, yo también tengo ahí, pero vengo acá porque tengo más cosas, te hacen rayos, en lo posible está todo bien, viste? No me quejo”* (Guadalupe, 22 años); *“Llegué por mi suegra, yo no trabajo, pero a través de ella nos pudimos hacer. Mi marido no es grafico. La verdad que acá estoy muy contenta, por la atención, con la calidad de los médicos, con los turnos bárbaros, de un día para otro, siempre conseguís turnos.”* (María, 29 años)

Reclamaban por tiempos de espera prolongados para la obtención de turnos con clínicos y otras especialidades médicas:

*"Tengo más quejas en la parte odontológica, tengo que ir siempre a particular. El resto es más o menos normal. Lo que pasa es que los turnos son muy largos, uno por ahí pretende que los turnos sean más... lo que pasa es que también hay mucha gente, entonces uno tiene que pensar eso también. Te diría que estoy en un 60% conforme, como para dar un porcentaje, ¿viste?." (Ana, 27 años)*

Al relatar y comparar sus experiencias tanto en servicios de salud públicos como de otras obras sociales, crecían los comentarios positivos:

*“Es que cambia todo, es como que tenés más facilidades, pedís un turno y lo tenés a la semana. No es como el hospital de acá, que tenés en un mes, más o menos. Te digo porque a mí me pasó cuando nació mi hijo, yo estuve internada un mes con él y después recién tuve esta obra social, porque no llegó a hacer los trámites mi marido, y lo tuve en el hospital y nada que ver. En el hospital tenés que pagarte todo. Por eso, con esta obra social cambia mucho, es como que es tuyo, decís, pido un turno y ya lo tenés, más con mi bebé, que se tiene que hacer todo.”* (Laura, 33 años)

*“Yo tuve la de comercio, que es Osecac y tuve una emergencia, y la ambulancia no vino a casa, tardó mucho más de lo esperado, y entonces llamamos a la de mi papá. La ambulancia de gráficos enseguida estuvo en mi casa.”* (Soledad, 18 años)

Casi todos estaban al tanto sobre la posibilidad de libre elección de Obra Social, pero la efectiva predisposición al cambio era mínima:

*“Sí lo hemos pensado muchas veces, mi marido lo ha hablado en la empresa para cambiar la Obra Social, a ver si había alguna que fuese mejor, en algunos puntos, especialmente en los que te mencioné, pero quedó ahí, stand-by, pero quizás en cualquier momento avance. La falta de tiempo, la falta de asesoramiento, de saber bien como es, ser vago para los trámites.”* (Ana, 27 años)

Predominaba la conformidad especialmente con la atención médica y prevalecía el deseo de permanencia: *“La Obra Social es de excelencia porque los médicos y el trato es buenísimo. Mi Obra Social es ésta y no la cambio”* (María, 29 años).

Aunque los más jóvenes posean una relación más instrumental con la Obra Social, un mayor desapego con la historia del sindicato gráfico que les aporta mayor capacidad de discriminación, no son tan críticos con la entidad y deciden permanecer en ella. Se observa una mayor flexibilidad hacia el cambio en comparación con los afiliados más antiguos, porque se manejan con la lógica del consumidor que recibe un servicio a cambio de su trabajo (Mendes Diz, Findling, Schwarz, Di Leo y Camarotti, 2006).

Grilla I - Características socio-demográficas de los entrevistados en la OSPG

Nombre del entrevistado	Edad	Antigüedad de afiliación (años)	Ocupación	Ultimo nivel de instrucción alcanzado
Ana Lía	27	2	Ama de casa; marido empleado de taller gráfico	Secundario completo
Mario	79	50	Jubilado gráfico	Secundario incompleto
Soledad	18	17	Empleada, padre: obrero gráfico	Secundario completo
María	29	7	Ama de casa. Se traspasó a gráficos por su suegra.	Secundario completo
Laura	33	14	Ama de casa; marido: oficial taller gráfico	Secundario completo
Alberto	68	30	Jubilado gráfico	Secundario incompleto
Carlos	70	20	Jubilado gráfico	Primario completo
Guadalupe	22	5	Estudiante, padre empleado gráfico	Universitario incompleto
Eugenia	54	3	Empleada administrativa en taller gráfico	Secundario completo
Ernesto	57	40	Empleado empresa gráfica	Universitario incompleto
Susana	75	33	Jubilada. Marido: jubilado gráfico	Primario completo

## 8.5.2. Etapa cuantitativa

### Aspectos Metodológicos

Se encaró un estudio cuantitativo en base a una muestra no probabilística, intencional, por cuotas de edad y sexo según algunos datos de consultas proporcionados por la Dirección de Estadísticas de la Obra Social. Las autoridades médicas de la entidad sólo otorgaron el permiso para aplicar un cuestionario semi-estructurado a beneficiarios mientras esperaban su turno en las salas de espera de los Consultorios Externos de la Clínica Ciudad de Vida, ubicada en la Capital Federal. La muestra no probabilística por cuotas se conformó por 96 usuarios y el trabajo de campo se efectuó entre octubre y noviembre del año 2004. El instrumento de recolección de datos (ver anexo estadístico) constaba de preguntas abiertas y cerradas sobre el significado del cuidado de la salud, el uso de la Obra Social, la evaluación de la calidad de atención y la predisposición al cambio de entidad. Las autoridades de la OSPG aprobaron el cuestionario y dieron autorización para realizar el trabajo de campo en las salas de espera de la Clínica Ciudad de Vida. Se opusieron a que el equipo trabaje en las intermediaciones de ese servicio de salud.

Algunas características socio- demográficas de los entrevistados (Cuadros N° 1 al 7 del Anexo Estadístico OSPG)

Teniendo en cuenta el perfil de las consultas médicas (el 55 % fueron efectuadas por mujeres en 2003) se debía encuestar a más varones de los que conformaron efectivamente esta muestra. Sin embargo durante el trabajo de campo no fue fácil ubicar a los varones y, además, en el caso en que se contactaba a un matrimonio y se le solicitaba que el marido respondiera la encuesta, éstos declinaban la solicitud y consideraban que las preguntas debían ser respondidas por sus mujeres porque conocían mejor la institución. Por estos motivos, dos tercios de la muestra estuvo conformada por mujeres (76%). En cuanto a la edad, más de la mitad de los encuestados tenía de 21 a 40 años (21 a 30 años: 30% y 31 a 40 años: 25%) y poco más de una cuarta parte de 41 a 60 años (41 a 50 años: 17% y 51 a 60 años; 12%). El resto (16%) de la muestra estuvo constituido por personas de 61 años o más. Los varones se concentraban en mayor medida en las edades más jóvenes y las mujeres en edades intermedias: de 31 a 40 años y de 51 a 60 años.

El nivel de instrucción fue bajo en general: casi 4 de cada 10 (39 %) alcanzó estudios primarios incompletos y/o completos. Algo menos de la mitad (47%) indicó haber cursado estudios secundarios incompletos y/o completos/ y sólo un 13% tuvo estudios terciarios o universitarios completos. Evidentemente, existe una estrecha e inversa relación entre el nivel de instrucción y la edad: a medida que la última aumenta, la educación decrece. Las mujeres de la muestra son algo más instruidas que los varones.

Al analizar la zona de residencia de los usuarios, un 40% manifestó vivir en la Ciudad de Buenos Aires, el resto provenía de diferentes ámbitos del Gran Buenos Aires, principalmente de la zona sur (32%) y de la zona oeste (23%). Solamente un 5% de los usuarios residía en zona norte del Conurbano Bonaerense.

El tamaño de los hogares de los entrevistados reflejó que casi la mitad (46%) contaba con 3 a 4 personas. El resto se distribuyó entre hogares hasta 2 personas (22%) y hogares que contaban con 5 a más personas (32%). Poco menos de la mitad (46%) declaró ser cónyuge del jefe de hogar, un tercio (35%) manifestó ser jefe de hogar y el remanente estaba constituido por otros familiares (madre, padre, suegro u otros).

La mitad de la muestra (51%) se conformó por titulares de la OSPG y sobre todo las mujeres indicaron ser familiares del titular. En cuanto a la antigüedad en la afiliación, poco más de la mitad de la muestra (54%) tenía de 6 a 10 años, casi un tercio aproximadamente se afilió hace menos de 6 años y el resto contaba con más de 10 años de antigüedad.

La inserción laboral mostró que la mitad de los encuestados trabajaba al momento de la encuesta, un 7% manifestó estar desocupado y el resto se integraba por amas de casa (29%), jubilados y pensionados (14%). Aproximadamente un tercio de los usuarios (32%) indicó tener un ingreso mensual familiar menor a los \$700 a fines del año 2004, el 17% ganaba entre \$701 a \$1000 y el resto (44%) ingresaba más de \$1000. Sólo un 5% de la muestra no respondió a esta pregunta. Los varones tenían un ingreso familiar mayor que las mujeres y a medida que aumentaba el nivel educativo de los entrevistados también crecían sus ingresos. Sólo un 8% de los entrevistados poseía otra cobertura además de la Obra Social del Personal Gráfico.

¿Qué significa cuidar la salud? (Cuadros N° 9 a 10 del Anexo Estadístico OSPG)

Se preguntó a los encuestados cuáles eran los aspectos que se consideraban imprescindibles para poder cuidar la salud propia y la de su familia. En primer lugar señalaron los “chequeos y asistir al médico” (26%), en segundo lugar la “buena alimentación”

(22%) e “higiene” (5%), en tercer lugar el no fumar (12%), no ingerir alcohol (8%) y no drogarse (2%). Estas respuestas sugieren un mayor énfasis en la prevención primaria y en la promoción de la salud. Otros factores menos mencionados refieren a la importancia de la “educación e información” (9%); a “tener una obra social” (8%) y a “tener una vivienda adecuada” (7%).

Si bien sólo un 8% de la muestra había mencionado de manera espontánea que la cobertura de salud era uno de los aspectos importantes para su cuidado, cuando se les preguntó específicamente si “contar con una obra social hace que la gente se cuide más”, el porcentaje de los que respondieron afirmativamente creció aproximadamente a los dos tercios (64%). Esta opción fue más frecuente entre las personas de mayor edad, menor nivel educativo y entre las mujeres. Un 30%, en cambio, consideraba que la tenencia de Obra Social no incidía en el cuidado. En ese sentido este segmento pareciera tener mayor autonomía sobre su estado de salud y sobre el derecho a cuidarse.

¿Qué razones esgrimían unos y otros? Los que creían que la cobertura está relacionada con el cuidado de la salud, se alegaba en primer lugar (44%) que “ayuda” y “es necesaria”, y en segundo término (22%) se asociaba espontáneamente la cobertura de la seguridad social con la atención en los hospitales públicos: “es mejor que el hospital”, “no hay que hacer largas colas para un turno”. Por su parte, aquellos que pensaban que la cobertura médica no incidía en el cuidado, afirmaban que la salud es una cuestión individual, independientemente de tener o no Obra Social: “aunque no tengas una Obra Social igual podés cuidarte”.

#### Uso de la Obra Social (Cuadros N° 8 al 11 del Anexo Estadístico OSPG)

El 80% de los entrevistados usaba exclusivamente los servicios de salud brindados por la OSPG (este segmento estaba formado preferentemente por los hombres y por los que alcanzaron niveles de educación medios). Del resto (20%), la mayoría asistía al Hospital Público y en menor medida acudía a consultorios o clínicas privados y centros de salud o de primeros auxilios.

Más de la mitad de los entrevistados (56%) que se atendía en la Obra Social tenía una antigüedad de afiliación entre 6 a 10 años y una cuarta parte entre 1 a 5 años. Eran pocos los que se encontraban en los extremos: un 13% acreditaba un año de antigüedad y sólo el 6% lo hacía desde hace más de 10 años.

La modalidad de las consultas médicas (Cuadros N° 12, 16 y 17 del Anexo Estadístico OSPG)

Algo más de un tercio de los encuestados concurren a la consulta médica por control/chequeo de salud (38%). Otra tercera parte (30%) aproximadamente concurre ante percepción de malestar o enfermedad y una cuarta parte (25%) consultó por control de tratamiento.

Los motivos por los que se atienden en la Clínica Ciudad de Vida de Capital Federal son diversos: casi el 30% manifestó “porque es más completa y están todos los servicios”. Un porcentaje similar lo hizo “por cercanía a su domicilio” (27%) o por “cercanía del lugar de trabajo”. La tradición y la experiencia también se alegaban como motivos: “me gustan los médicos que atienden” (10%) “conozco el lugar” (8%) y “siempre me atendí ahí” (7%). También aparece una cierta obligatoriedad: un 10% de los encuestados comentó que “es el lugar que le corresponde”. Algunos agregaron que, aunque residan en el Gran Buenos Aires, les convenía atenderse en la Clínica por contar con vías de acceso más rápidas que a otros centros.

¿Qué especialidades médicas utilizaban los entrevistados y/o su familia? Clínica (22%), Pediatría (15%), Ginecología/Obstetricia (13%), Odontología (13%) y Traumatología (9%) son las más mencionadas; otras como Oftalmología, Cardiología o Gastroenterología lo son menos. Aquellas especialidades relacionadas con la prevención y promoción de la salud nuevamente aparecen como las más consultadas.

En cuanto al tiempo de viaje desde su domicilio, 4 de cada 10 entrevistados viajó una hora o más para llegar al centro de salud, una cuarta parte demoró de media hora a una hora y el resto (32%) sólo tardó de 15 minutos a media hora.

La mayoría de los usuarios (83%) solicitó turno previamente para ser atendido y el resto concurre al servicio de guardia. Los hombres más que las mujeres se atendieron en la guardia, modalidad ya detectada en varias encuestas sobre salud, ya que los varones consultan menos por prevención y, ante síntomas de patologías agudas, acuden con mayor frecuencia a los servicios de guardia.

## Tiempos de espera

Dos tercios de los entrevistados evaluaron entre muy bueno y bueno el tiempo que debían esperar para obtener turnos en general. Muchos (85%) además consideraron como muy bueno y bueno el tiempo de espera para solicitar turno con un médico y una proporción similar de entrevistados también calificó entre muy bueno y bueno el tiempo de espera para realizarse estudios. La evaluación del tiempo de espera para la cita con el médico por parte de los usuarios fue algo mejor valorada que la obtención de turnos en general.

Para tener una medida más condensada que resumiera la evaluación de los tiempos de espera, se elaboró un Índice de Conformidad, asociando los tiempos de esperas para turnos, para la cita con un médico y para la realización de estudios (Cuadro N° 4). Los resultados del Índice mostraron que 4 de cada 10 entrevistados se sintió conforme con los tiempos de espera (corresponde a la categoría muy buena), algo más de la mitad (53%) se encontraba medianamente conforme (categoría buena) y un porcentaje poco significativo se mostró disconforme (categoría regular/mala). Al analizar este índice según sexo y edad se observa que las mujeres y los de mayor edad (51 años y más) se mostraban algo más conformes. El mayor uso de los servicios de salud y su experiencia hace que este segmento esté más satisfecho con los tiempos de espera que imperaban en la Obra Social.

Cuadro N° 4 - Índice de conformidad con los tiempos de espera según sexo, edad y antigüedad. . En porcentajes - OSPG – 2004.

	Total	Sexo		Edad			Antigüedad		
		Varón	mujer	- de 30	31 a 50	51 y +	hasta 5	6 a 10	+ de 10
Disconforme	7,3	13,0	5,5	3,4	15,0	0	6,9	9,6	0
Medianamente conforme	53,1	47,8	54,8	58,6	50,0	51,9	44,8	55,8	60,0
Conforme	39,6	39,1	39,7	37,9	35,0	48,1	48,3	34,6	40,0
<b>Total</b>	<b>(96)</b>	<b>(23)</b>	<b>(73)</b>	<b>(29)</b>	<b>(40)</b>	<b>(27)</b>	<b>(29)</b>	<b>(52)</b>	<b>(15)</b>

Fuente: elaboración propia en base al procesamiento Encuesta Ospg.

También se indagó sobre tiempos relacionados con la última consulta médica. Las tres cuartas partes (77%) de los usuarios afirmaron que tuvieron que esperar menos de 15 minutos y un 13% esperó de 15 a 30 minutos. Con respecto al tiempo que el médico dedicó a la

consulta, dos tercios de los entrevistados consideraron que ésta duró hasta 15 minutos y el resto de 15 a 30 minutos. Estos resultados son coherentes con los datos que aportaron los dirigentes de la Obra Social al detallar las características de la atención médica de la Clínica, no observándose quejas en relación con esta dimensión.

#### Evaluación de la atención del personal (Cuadros N° 19 a 21 del Anexo Estadístico OSPG)

Casi la mitad de los entrevistados consideraba que la atención del personal administrativo era muy buena (45%) y una cifra similar sólo la calificó como buena (44%), mientras el resto (11%) opinaba que es regular. Las mujeres, los de mayor edad (51 años y más) y los de más antigüedad de afiliación (más de 10 años) expresaban nuevamente estar más conformes.

Con respecto al personal de enfermería decae algo la evaluación porque casi una cuarta parte de los entrevistados (23%) no contestó a esta pregunta por no haber utilizado los servicios de internación o prácticas especializadas que requirieran la presencia del personal de enfermería (respuesta más frecuente entre los jóvenes). De los encuestados que respondieron a este ítem, aproximadamente la mitad (44%) creía que la atención de enfermería es muy buena y una tercera parte (33%) la calificaba como buena. Nuevamente los afiliados de mayor antigüedad y, por supuesto, los de mayor edad, realizaban una mejor evaluación. La conformidad con la atención del personal de enfermería es más marcada entre las mujeres, tal vez por haber atravesado problemas de salud que requerían internación y sus expectativas prácticas fueron cumplidas (Freidson, 1961).

La valoración de los médicos crecía en relación al resto del personal: dos tercios de los usuarios (67%) opinaban que la atención de los médicos es muy buena y el resto la consideraba buena. El segmento que evaluaba más positivamente estaba constituido por las mujeres, los afiliados de mayor antigüedad y los de mayor edad. Una vez más se otorgaba una elevada calificación a los médicos por sobre las enfermeras y el personal administrativo, aspecto que también aparecía entre los afiliados de la UOM y en varias encuestas sobre satisfacción de la calidad de atención en servicios de salud.

#### Evaluación de la infraestructura (Cuadros N° 22 a 24 del Anexo Estadístico OSPG)

Era de interés conocer la valoración de los usuarios acerca de la infraestructura, dada la inversión reciente que realizaron las autoridades para la remodelación de la Clínica Ciudad

de Vida. Resultaron muy elevados los niveles de conformidad de los encuestados: la limpieza del lugar fue el aspecto mejor evaluado (muy bueno, 73%), en segundo lugar se calificó positivamente la comodidad de las salas (muy bueno 61%), y en tercer lugar el equipamiento/tecnología (muy bueno 51%).

El 20% de la muestra no emitió opinión sobre el equipamiento por no utilizarlo. Por último, y con respecto a las cartillas médicas de la Obra Social, casi un tercio (29%) desconocía su existencia, indicando que no les entregaban ese material o que ignoraban el modo de conseguirlo. Entre los respondientes, el 28% evaluó a las cartillas como muy buena y el 30% como buena. Este ítem obtuvo la evaluación más desfavorable en comparación con los anteriores.

Se elaboró un Índice de Conformidad con la Infraestructura (Cuadro N° 5), combinando los indicadores de limpieza, comodidad de las salas y equipamiento y/o tecnología. Los resultados muestran que dos tercios de los entrevistados se encontraban conformes con esta dimensión.

Cuadro N° 5 - Índice de Conformidad con la Infraestructura de la OSPG según características socio-demográficas. En porcentajes

	Total	Sexo		Edad			Antigüedad		
		Varón	Mujer	- de 30	31 a 50	51 y +	hasta 5	6 a 10	+ de 10
Disconforme	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medianamente conforme	33,3	39,1	31,5	41,4	42,5	11,1	37,9	30,8	33,3
Conforme	66,7	60,9	68,5	58,6	57,5	88,9	62,1	69,2	66,7
<b>Total</b>	<b>(96)</b>	<b>(23)</b>	<b>(73)</b>	<b>(29)</b>	<b>(40)</b>	<b>(27)</b>	<b>(29)</b>	<b>(52)</b>	<b>(15)</b>

Fuente: elaboración propia en base al procesamiento Encuesta Ospg.

¿Quiénes son los que más expresaban aprobación? Nuevamente, y como se venía detectando en otros aspectos, las mujeres y los de mayor edad fueron los más satisfechos. De todas maneras y a diferencia de la evaluación que hacían los usuarios de la UOM y de otras encuestas sobre evaluación de calidad en los servicios de salud, es muy elevada la calificación otorgada a la infraestructura. Este resultado es consistente y está muy vinculado a las ampliaciones que se encararon en los últimos tiempos desde la Dirección de la Obra Social.

Evaluación de la relación médico-paciente y del acceso a prácticas y medicamentos (Cuadros N° 25 a 30 del Anexo Estadístico OSPG)

Casi la totalidad de los encuestados consideraron (97%) que el médico fue amable y entendieron las explicaciones que les dio (96%). Los porcentajes decaen (75%) entre los que opinaron que el médico conocía sus historias clínicas. Este dato llama la atención porque muestra cierta inquietud y contradicciones: a la hora de evaluar a sus médicos, resaltan la importancia del conocimiento personal y la tranquilidad que eso les brinda. Las mujeres y los entrevistados más jóvenes (21 a 30 años) fueron los que más precisaron el desconocimiento de los médicos.

Muy pocos percibieron dificultades para conseguir los medicamentos recetados: 4 de cada 10 entrevistados no necesitó medicamentos (41%). Del resto, la mitad no tuvo dificultades para la obtención de remedios y sólo un 9% dijo haber tenido problemas (este grupo estaba conformado por varones y por aquellos que poseían menor nivel educativo). Algo similar ocurría con la realización de estudios indicados por el médico: un tercio (37%) no debió hacer ningún estudio, y más de la mitad de los encuestados que debía realizar prácticas diagnósticas, consideró no haber tenido dificultades para poder hacerlas.

El Índice de Conformidad con la relación médico-paciente resume los aspectos amabilidad y comprensión de indicaciones, conocimiento de la historia clínica (Cuadro N°6).

Cuadro N° 6 - Índice de Conformidad con la relación médico – paciente según sexo, edad y antigüedad. En porcentajes

	Total	Sexo		edad			Antigüedad		
	Total	Varón	Mujer	- de 30	31 a 50	51 y +	hasta 5	6 a 10	+ de 10
Mala	3,1	4,3	2,7	3,4	5,0	0	0	5,8	0
Regular	24,0	21,7	24,7	34,5	15,0	25,9	37,9	21,2	6,7
Buena	72,9	73,9	72,6	62,1	80,0	74,1	62,1	73,1	93,3
<b>Total</b>	<b>(96)</b>	<b>(23)</b>	<b>(73)</b>	<b>(29)</b>	<b>(40)</b>	<b>(27)</b>	<b>(29)</b>	<b>(52)</b>	<b>(15)</b>

Fuente: elaboración propia en base al procesamiento Encuesta Ospg.

Dicho índice muestra que casi la tres cuarta parte de la muestra aprobaba los aspectos inherentes a la relación médico-paciente. Al cruzarlo según las variables socio-demográficas no aparece tan claramente que las mujeres y los de mayor edad se sienten más conformes, tal como se manifestaba en otras variables. Sólo se observa que los usuarios de mayor antigüedad de afiliación tienden a estar más conformes.

Para describir la conformidad con la accesibilidad a los servicios, también se confeccionó otro índice que aunaba los indicadores posibilidad para conseguir los medicamentos recetados y realizarse los estudios indicados por el médico en su última consulta (Cuadro N° 7).

Cuadro N° 7 - Índice de Conformidad con la accesibilidad a Servicios según sexo, edad y antigüedad. En porcentajes.

	Total	Sexo		edad			Antigüedad		
		Varón	Mujer	- de 30	31 a 50	51 y +	hasta 5	6 a 10	+ de 10
Disconforme	27,1	26,1	27,4	10,3	40,0	25,9	20,7	28,8	33,3
Medianamente Conforme	38,5	47,8	35,6	58,6	30,0	29,6	37,9	36,5	46,7
Conforme	34,4	26,1	37,0	31,0	30,0	44,4	41,4	34,6	20,0
<b>Total</b>	<b>(96)</b>	<b>(23)</b>	<b>(73)</b>	<b>(29)</b>	<b>(40)</b>	<b>(27)</b>	<b>(29)</b>	<b>(52)</b>	<b>(15)</b>

Fuente: elaboración propia en base al procesamiento Encuesta Ospg.

Los que manifestaban no tener dificultades para conseguir medicamentos o para realizarse los estudios o análisis solicitados (categoría “conforme”) eran sobre todo las mujeres, los de mayor edad y los de menor antigüedad de afiliación. Este último aspecto marca diferencias con los anteriores indicadores evaluados. Quizás la experiencia de los afiliados más antiguos, en comparación con otras épocas, muestra mayores dificultades para la obtención de medicamentos que fue reiteradamente mencionado tanto en la etapa cualitativa como en la cuantitativa.

#### Predisposición al cambio de Obra Social (Cuadros N°31 a 35 del Anexo Estadístico OSPG)

A una amplia mayoría de los entrevistados le gustaría seguir atendiéndose en la Clínica Ciudad de Vida (81%). Unos pocos (8%) preferirían atenderse en otro Centro de la OSPG más cercano a su domicilio. Esta respuesta fue más mencionada por las mujeres y por los que tienen más de 41 años.

Paralelamente se observaba que más de la mitad (54%) de la muestra no ha percibido cambios en la atención recibida en la Obra Social en los últimos años: fueron sobre todo los más jóvenes (de 21 a 30 años) y los de más edad (más de 71 años), no detectándose diferencias por sexo. Entre los entrevistados que han advertido cambios (43%), se enunciaron sobre todo modificaciones positivas: notaron diferencias en la atención que se les brinda

(42%) y en la infraestructura (40%), destacando mejoras en el edificio y en la ampliación de la Clínica. Los que señalan cambios negativos (19%) hacen hincapié en el pago de aranceles, en el menor descuento en medicamentos, en la centralización de servicios y, en consecuencia, en la ausencia de centros de salud más cercanos a sus domicilios.

Algunos aspectos enunciados en la pregunta anterior se refuerzan al indagar sobre los elementos a modificar en la Obra Social. El cuadro N° 8 muestra las respuestas de los encuestados. Si bien se observa cierta dispersión, los mayores reclamos apuntaban a agilizar el otorgamiento de turnos, instalar centros más cercanos a sus domicilios, mejorar el acceso a los medicamentos y otorgar mayores descuentos, anular el pago de aranceles, aumentar la calidad y cantidad de médicos, mejorar la atención administrativa y ampliar la oferta de servicios. Es importante tener en cuenta que un 20% de los usuarios optó por no hacer ningún tipo de sugerencia.

Cuadro N° 8 - Aspectos que le gustaría cambiar en la OSPG. En frecuencias absolutas y porcentajes -

Aspectos	Frecuencia absoluta	Porcentajes
Mayor rapidez para otorgar los turnos	21	16,3
Centros más cercanos a mi domicilio	19	14,7
Más descuentos para medicamentos/mejor acceso a medicamentos	14	10,9
Que no se cobren aranceles/gratuidad total en la atención	13	10,1
Mejores médicos/más cantidad de médicos	11	8,5
Mejor atención administrativa	8	6,2
Más cantidad de servicios	7	5,4
Mejor servicio de odontología	6	4,7
Mayor comodidad en la sala de espera y consultorios	3	2,3
Ninguna	26	20,2
Total	129	100,0

Fuente: elaboración propia en base al procesamiento Encuesta Ospg 2004 – Pregunta de respuestas múltiples.

Casi dos tercios de los usuarios (63%) conocía la posibilidad de cambiarse de Obra Social. Los que la desconocían (35%) fueron los más jóvenes (21 a 30 años) y los mayores (71 a más años). No se observaron diferencias por sexo y nivel educativo.

Al indagar sobre la predisposición efectiva de cambio hacia otra entidad, las tres cuartas partes (78%) manifiestan deseos de permanencia, un 10% optaría por otra entidad, el

8% no supo responder a esta pregunta y el 3% indicó que cambió de otra Obra Social a la OSPG. ¿Quiénes se cambiarían a otra institución? Los de 30 a 50 años, las mujeres y los de niveles educativos intermedios. Los más propensos a quedarse fueron los de menor y mayor edad y los varones. ¿Qué motivos esgrimen los que desean permanecer? Fundamentalmente el nivel de conformidad con la atención (49%) y la habitualidad y pertenencia (38%) son las razones más mencionadas (“*siempre me atendí aquí*”, “*no conozco otra obra social*”, “*la costumbre*”, “*esta obra social es mía*”).

#### Evaluación global de la OSPG y Sugerencias (Cuadros N° 36 a 37 del Anexo Estadístico OSPG)

En cuanto a la calificación global, el 40% de los usuarios califican a la OSPG con un puntaje muy elevado: un 40% la puntúa entre 9 y 10, un tercio (34%) con 8 puntos y un 20% con 7. Es escaso el porcentaje de entrevistados (3%) que califican a la entidad con puntuaciones menores a 7 puntos (Cuadro N° 8). Los que calificaron a la entidad con menores puntajes (aunque de todas maneras signifiquen cifras elevadas) alegan problemas ya reiterados en otras preguntas: tiempos de espera para obtención de turnos, pago de aranceles, escaso descuento en medicamentos y reclamo de centros más cercanos al domicilio.

El promedio general de puntuación es de 8.35. El cuadro N° 8 muestra la calificación asignada según sexo, edad y antigüedad de afiliación.

Cuadro N° 8 - Puntuación asignada a la OSPG según sexo, edad y antigüedad. En porcentajes

Puntuación	Total	Sexo		Edad			Antigüedad		
		Varón	Mujer	- de 30	31 a 50	51 y +	Hasta 5	6 a 10	+ de 10
Hasta. 6 puntos	3,1	8,7	1,4	3,4	5,0	0	3,4	3,8	3,1
7 puntos	20,8	30,4	17,8	27,6	22,5	11,1	31,0	17,3	13,3
8 puntos	34,4	30,4	35,6	48,3	35,0	18,5	37,9	34,6	26,7
9 pntos	20,8	13,0	23,3	13,9	25,0	22,2	24,1	19,2	20,0
10 puntos	20,8	17,4	21,9	6,9	12,5	48,1	3,4	25,0	40,0
<b>Total</b>	<b>(96)</b>	<b>(23)</b>	<b>(73)</b>	<b>(29)</b>	<b>(40)</b>	<b>(27)</b>	<b>(29)</b>	<b>(52)</b>	<b>(15)</b>

Fuente: elaboración propia en base al procesamiento Encuesta Ospg 2004 – Pregunta múltiple.

El análisis por indicadores sociodemográficos muestra que los mayores puntajes (9 y 10 puntos) son más frecuentes entre las mujeres, las personas de mayor edad y entre aquellas con mayor antigüedad en la afiliación. Los varones, los más jóvenes y los de menor antigüedad en la OSPG le otorgan entre 7 a 8 puntos.

Al finalizar el cuestionario, algunos entrevistados expresaron comentarios adicionales (preguntas abiertas) que son interesantes para rescatar ya que reiteran el buen clima imperante, la adecuada atención y la contención recibida:

*“Tenemos buenos médicos, médicos con un corazón que pocas veces se ha visto, médicos que nos entienden, que nos comprenden, que nos ayudan. Por ejemplo, usted tiene un problema, necesita ver urgente a su médico de cabecera, no tiene impedimento, se lo dan enseguida, le hacen el favor de darle el turno. Yo nunca tuve problemas, jamás...”* (Mujer, 75 años)

*“Acá te tratan de solucionar el problema, yo por ejemplo, tuve un problema en el anterior trabajo, que no nos pagaban, y sin embargo nunca dejaron de atendernos, acá nunca me dijeron que no me iban a atender, o sea nunca me dejaron sin cobertura...”* (Mujer, 45 años)

*“Acá se siente el calor de la gente. A veces cuando estás esperando allá, viene alguien y te pregunta a dónde vas, a dónde te dirigís. Se preocupan. El acceso es fácil...”* (Varón, 38 años)

## **8.6. A modo de cierre**

Estos resultados visibilizan que el “ser gráfico” ha constituido un saber preciso y determinado, una especialización, una relación particular con el producto y el trabajo. Pero además, “ser gráfico” ha significado ser heredero de una tradición de lucha para la obtención de conquistas sociales y laborales (Grimberg, 1997). Estos aspectos permean el discurso de los entrevistados de mayor antigüedad: para ellos, la Obra Social representa mucho más que una simple tenencia de cobertura médica. Aunque la atención pueda ser criticada en varios aspectos, sienten, en última instancia, temor a perder lo que les pertenece, dado que los lazos establecidos están fuertemente entramados con sus modos de vida y, en particular, con su

historia laboral. (Mendes Diz, Findling, Schwarcz, Di Leo y Camarotti, 2006). La conformidad atraviesa todas las edades: si bien los afiliados antiguos mostraban mayor adhesión, los más jóvenes no fueron demasiado críticos. Su nivel de instrucción y su relación instrumental con la entidad les permite ser más libres en sus opiniones, aunque el “ser gráfico” ya no es para ellos una marca de identidad.

Esta evaluación positiva expuesta por los encuestados se correspondía además con los cambios efectivamente realizados por la dirigencia médica y gremial en la Obra Social; por ello la infraestructura es una de las dimensiones mejor calificadas. Las modificaciones implementadas en los sistemas administrativos no fueron tan perceptibles para estos entrevistados: aunque fueron bien evaluadas, calificaban mejor al personal (sobre todo médico) y a la infraestructura. Sin embargo, ciertos entrevistados más jóvenes y de mayor edad no han podido discernir cambios en la entidad: es lógico el desconocimiento entre el segmento de los de menor antigüedad, pero es más llamativa esta tendencia entre los afiliados de más de 71 años que, por otra parte, no constituye un porcentaje significativo.

La elevada calificación general que se le otorga a la OSPG también se asemeja a las evaluaciones periódicas que realizó en ese período la Sindicatura Social de la Subgerencia de Servicios al Beneficiario de la Superintendencia de Servicios de Salud a beneficiarios de Obras Sociales. Durante los años 2003 a 2006 la imagen positiva entre los beneficiarios de Obras Sociales ha ido aumentando: casi la mitad evaluaba como buena la atención brindada por su Obra Social; un 28% la consideraba muy buena y un 10% pensaba que era excelente. Paralelamente crecía la confianza en la atención médica en caso de necesitar su uso (Superintendencia de Servicios de Salud, 2006).

La Obra Social del Personal Gráfico ha atravesado un proceso de reconversión exitoso aceptando las regulaciones vigentes desde una postura de oposición hacia las medidas impulsadas por el gobierno menemista, pero aprovechando esas disposiciones (préstamo de los Organismos Internacionales) como oportunidad de crecimiento propio. Hubo ausencia de conflictos e imperó una política consensuada para promover el crecimiento de la entidad entre las autoridades médicas y del Sindicato.

Lograron la expansión deseada, pero no pudieron prever los efectos de la crisis del año 2001 que implicó una profunda reconversión en la mayoría de los talleres gráficos chicos y medianos que afectó el balance financiero de la Obra Social. También debieron adaptarse a un cambio tecnológico y el Sindicato pudo pensar una activa estrategia de capacitación para sus afiliados. Tres años después superaron las dificultades, planificaron ampliar las instalaciones de su Clínica y continuaron con la expansión de los servicios de salud.

Esta política se vio reflejada en la adecuada evaluación que hacen los usuarios de la atención recibida. Aparecen en esa valoración fuertes rasgos de identidad y pertenencia sobre todo entre los afiliados de mayor antigüedad de afiliación, pero los jóvenes “usuarios y consumidores” más desarraigados de la historia institucional, también están conformes con la atención recibida. No obstante, persisten ciertas inequidades que derivan de una estrategia aún sumamente centralizada de los servicios de salud.

## Capítulo IX – Consideraciones finales

En este capítulo se intentará responder a los interrogantes planteados inicialmente. Un primer conjunto de conclusiones tratará el proceso de reconversión de las Obras Sociales y el segundo profundizará sobre las consecuencias de ese proceso en las Obras Sociales estudiadas (OSUOMRA y OSPG) haciendo eje en el rol de los actores involucrados.

Durante los años 90 la Argentina atravesó una profunda transformación económica, cuyo impacto más directo se tradujo en la apertura y desregulación de la economía, la privatización de las empresas públicas, la concentración económica, la progresiva liberalización de los mercados, la descentralización de la negociación colectiva, el aumento de las tasas de desempleo y subempleo y una mayor flexibilización y precarización laboral.

Pese a las manifestaciones de algunos organismos internacionales en cuanto a que esas transformaciones acarrearían una disminución de las desigualdades sociales éstas no sólo no disminuyeron sino que se acentuaron, verificándose una mayor concentración del ingreso y un crecimiento de la pobreza. A ello se agregó un cambio de rumbo en la focalización de las políticas sociales y un deterioro en las condiciones de protección social debido a la disminución de los niveles de empleo en el sector formal y de la desregulación del mercado de trabajo.

A pesar de que los aspectos mencionados contribuyeron a acrecentar la exclusión social, podría sostenerse que en la seguridad social médica los diferentes mecanismos propuestos no alteraron de manera decisiva la estructura del subsistema de Obras Sociales. Las razones para ello pueden atribuirse a varios factores. En primer lugar, el conflicto de intereses entre los actores –aparato estatal, líderes sindicales, sector privado y Organismos Internacionales de crédito– que provocó innumerables contradicciones de orden político y técnico en la implementación de los cambios y, en segundo lugar, tanto la lentitud con la que se desarrollaron las recetas emanadas de los Organismos Internacionales como la morosidad en la aplicación de la reforma laboral, dieron paso a otras prioridades en la agenda del gobierno posponiendo o dejando en el olvido la imposición de esos intereses. La “reforma a medias” fue el reflejo de una lógica interna altamente fragmentada y con manifiestas ausencias de resortes institucionales parlamentarios con suficiente peso político para cambiar el rumbo de lo decidido a través de la negociación corporativa. La errática negociación entre el gobierno menemista y los sindicatos que compartían su visión política fue uno de los escollos para profundizar la reforma: en realidad, las Obras Sociales fueron utilizadas como prenda de negociación a fin de avanzar en otras áreas críticas de la economía, como la

flexibilización en las condiciones laborales y el cambio de modalidad de los acuerdos en los convenios colectivos de trabajo.

Una de las preguntas planteadas al inicio de este trabajo se orientó a responder qué actores resultaron afectados por los cambios impulsados por la reconversión de las Obras Sociales y, una mirada general sobre los mismos permite advertir que, todos los actores tendieron a pactar entre sí consiguiendo imponer sus propios intereses en función de reglas de juego tácitas, sin considerar las formas institucionales preexistentes.

De este modo, fue avalado implícitamente el ingreso de las empresas de medicina pre-paga al subsistema de Obras Sociales, aunque legalmente no estuviera permitida su incorporación, un logro debido a las graves contradicciones existentes entre el enunciado de los decretos y resoluciones emitidos desde los responsables estatales (rol de las gerencadoras, registro de consultoras y red de prestadoras). Las empresas de medicina pre-paga actuaron en un marco cuasi-legal, gracias a la sanción de normas que partieron de hechos convalidados. La tendencia hacia el gerenciamiento de las Obras Sociales quedó instalada desde el momento en que los líderes gremiales de Obras Sociales –sobre todo aquellos que contaban con escaso número de beneficiarios– encontraron viable esta alternativa con la finalidad de evitar una posible amenaza de cierre o de asociación con otras entidades y aceptaron conveniar con las empresas de medicina pre-paga.

Durante la gestión del gobierno de la Alianza, los sindicatos lograron bloquear el ingreso formal de las empresas de medicina pre-paga. La preservación de su identidad y de la solidaridad del sistema fueron sus principales justificaciones. A partir de su extensa vinculación con los poderes de turno, de su conocimiento del entramado institucional del Estado y, tras agotar la movilización como mecanismo de presión, el sindicalismo encontró la forma de apelar judicialmente la constitucionalidad del decreto que estipulaba el ingreso formal de las empresas privadas al sistema de Obras Sociales, tratando de suplir de esta manera su debilitada imagen institucional y sus itinerarios marcados por múltiples divisiones internas.

Con anterioridad y utilizando los mismos mecanismos de resistencia, el sindicalismo había conseguido obstruir la reforma a la Ley de Reordenamiento Sindical impulsada –sin éxito– desde el gobierno de Alfonsín, que intentaba promover la pluralidad sindical, una mayor participación de las minorías y la modificación de los procesos electorales. Los mecanismos de representación y elección –que legitiman la permanencia ininterrumpida de los líderes tradicionales en la conducción –se mantienen hasta el presente. La cúpula gremial ha sustentado su oposición a la libertad de asociación y a una mayor democracia sindical en

que, el modelo de sindicato por rama, fortalece la posición de los trabajadores en una negociación patronal.

Esta concepción tal vez resultó viable, y fue acertada durante mucho tiempo, por la rígida estructura organizativa del gremialismo nacida con el proceso de industrialización y mientras era sostenida por una sólida relación con el Estado que le daba posibilidades de discutir políticas económicas, solidificando la identidad, la solidaridad y la integración social de los asalariados industriales; pero esa construcción se fue diluyendo en los años 90: los líderes sindicales se vieron obligados a relegar su protagonismo al perder poder para negociar niveles salariales y condiciones de trabajo y el Estado abandonó la función equilibradora entre actores sociales asimétricos.

Mientras los sindicalistas rechazaban la desregulación de las Obras Sociales, el gobierno de Menem apelaba a numerosos incentivos para cooptar a los dirigentes gremiales, creando un sindicalismo de negocios: designó en la ex ANSSAL, hoy Superintendencia de Servicios de Salud, a un sindicalista de su confianza en el momento en que eran frecuentes los quebrantos financieros en algunas Obras Sociales; otorgó poder a dirigentes gremiales de la administración pública mediante la asignación de recursos que les permitieron disponer de indemnizaciones y retiros voluntarios e incorporó a varios gremialistas en la negociación para la privatización de empresas públicas. Todos estos aspectos generaron una gran dispersión entre el movimiento obrero, menos protegido y más flexibilizado, y la cúpula sindical.

Las empresas de medicina pre-paga entraron en el sub-sistema de Obras Sociales por la ventana, viéndose beneficiadas por la suspensión del decreto 446/00, que estipulaba el ingreso formal para competir abiertamente con las Obras Sociales, y por los fracasos parlamentarios de los proyectos para imponer leyes que regularan el sector. Sin la necesaria reglamentación, el capital financiero internacional se dedicó a comprar empresas de medicina pre-pagas prestigiosas o se asoció con instituciones nacionales para encarar seguros de salud o establecer gerencadoras. Quizás lo más novedoso fueron las nacientes modalidades de gestión de contratos que afectaron las relaciones entre financiadores y proveedores en la prestación de los servicios de las entidades sindicales, incorporando a nuevos actores en la escena (las administradoras de sistemas capitados o gerencadoras) que desplazaron las banderas de la libre elección del médico, tradicionalmente defendidas por las asociaciones profesionales.

Así puede constatarse que el desarrollo de las estrategias de los actores en el proceso de reforma no estaba estancado y se modificaba según las coyunturas de los intereses en juego. En su transcurso, la postura de los actores estatales mostró una vez más, la debilidad del Estado para regular las políticas sociales en términos del interés colectivo. Las ambiguas

estrategias de la Jefatura de Gabinete y de los asesores presidenciales, que negociaban directamente con los dirigentes gremiales por fuera de los responsables ministeriales, los sucesivos cambios de funcionarios en las carteras de Trabajo, Salud, ANSSAL (hoy Superintendencia de Servicios de Salud), la conformación de un equipo técnico especializado en el Ministerio de Economía encargado de implementar los aspectos estructurales de la desregulación, que actuaba casi aislado de las restantes agencias, fueron barreras para la implementación de las medidas anunciadas.

Los Organismos Internacionales tuvieron protagonismo en la primera etapa de la Reforma y, según sus informes, se cumplieron en general los objetivos a corto plazo de la reconversión de las Obras Sociales. Vislumbraron dificultades para avanzar en mayores regulaciones sobre los exigencias financieras y económicas de las entidades, en profundizar la libre competencia al conjunto del sistema, en avanzar en el establecimiento de un padrón de beneficiarios y en consolidar mecanismos para mejorar la equidad interna, pero soslayaron el alcance político de la Reforma, concibiéndola como un conjunto de instrumentos técnicos. Los informes del Banco Mundial optaron por una estrategia de despolitizar las relaciones económicas y se expresaron en términos de una supuesta objetividad del mercado al encarar el proceso de desregulación.

Todos estos actores intentaron legitimar sus estrategias en nombre de los beneficiarios que fueron protagonistas a nivel discursivo y simultáneamente, los menos activos y los menos escuchados.

Otra cuestión planteada inicialmente en la tesis apuntaba a indagar si los cambios producidos por la desregulación afectaron en alguna medida aspectos ligados a la organización del sub-sistema de Obras Sociales. Se podría afirmar que la estructura y la financiación de los servicios de salud de las Obras Sociales no han sufrido modificaciones severas. La introducción de nuevas modalidades de pago y de contratación fueron aspectos importantes derivados de la Reforma, impuestos para paliar los graves problemas financieros que arrastraban las entidades sindicales. La diversificación de las modalidades de contratación y de fijación de precios también atentaron contra la concepción de un Programa Obligatorio homogéneo de prestaciones. Para lograrlo se hubiera requerido una auditoría, que se dedicara a controlar las distorsiones en la oferta de servicios, y una coordinación interinstitucional por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud. Con respecto a la introducción de mecanismos más transparentes y efectivamente solidarios en la asignación del Fondo Solidario de Redistribución, no se observaron avances sustantivos. Si bien las autoridades del Banco Mundial evaluaron una mayor equidad en la redistribución, ello sólo fue posible en un

corto plazo y bajo una estricta supervisión de las autoridades del Ministerio de Economía y del equipo técnico del propio Banco. La práctica de subsidios discrecionales entre los dirigentes sindicales sin control por parte de organismos externos socavó la esencia y sustentabilidad de ese Fondo. En lo que respecta a la cantidad de Obras Sociales existentes en el sub-sistema, si bien era inviable su funcionamiento con más de 200 entidades y una alternativa de supervivencia pudo haber pasado por la fusión o asociación con otras entidades similares para aprovechar la red de servicios, era poco realista pensar en una integración mientras no se modificara la cultura organizacional, sumamente verticalista y tradicional, en un sentido que superara los propios intereses corporativos de cada rama sindical.

Otro interrogante del trabajo que se presenta planteaba si el bajo nivel de información sobre la oferta de servicios de salud afectaba la predisposición de los beneficiarios hacia el cambio de Obra Social. Esta pregunta debe necesariamente responderse en el marco del concepto de equidad y de la libre elección de la cobertura. Los fundamentos de la reconversión de Obras Sociales pusieron énfasis en mejorar su eficacia y eficiencia, no proponiéndose explícitamente, mejorar la equidad al interior del sub-sistema. No obstante, algunos de sus ejes podrían haber favorecido una mayor equidad, como por ejemplo la homogeneización de los servicios en un programa básico de prestaciones, la libre elección de beneficiarios con adecuados mecanismos para que el riesgo de descreme sea mínimo y una mejor adjudicación de los subsidios correspondientes al Fondo Solidario de Redistribución.

El espíritu de la reforma se basó en que la libertad de elección aumentaría la competencia entre Obras Sociales y prestadores y haría más eficiente el sistema, como estrategia para reducir el número de entidades. Esta concepción atenta contra el sentido de equidad, en el que todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y refuerza las inequidades existentes profundizando las diferencias en la accesibilidad y en la calidad de atención.

Los resultados -muy magros- de la libre elección mostraron que el segmento predominante de los migrantes (constituido por jóvenes sin familia a cargo y con remuneraciones por encima del promedio del sistema), contribuyeron a incrementar una selección adversa así como una desfinanciación del sub-sistema en su conjunto. No sólo el mayor caudal de información alentó la decisión para cambiar de entidad; la población de mejores recursos fue motivada por los fondos de seguros privados que han buscado activamente su incorporación a empresas pre-pagas, mientras que los beneficiarios con menores ingresos mensuales per cápita, que no optaron por otras entidades, quedaron atrapados en Obras Sociales desfinanciadas, con exiguas ofertas de cobertura de salud. En

forma simultánea, se acrecentaban las ofertas de planes opcionales por parte de varias entidades, superadoras de los paquetes mínimos obligatorios, que hacían incrementar los gastos privados de salud.

Es evidente que la libertad de elección y el acceso a la información en salud del beneficiario favorecen la equidad. Por ello, hubiera sido esencial mejorar la adquisición de saberes que condujeran a una más amplia decisión de opciones. Para que estos riesgos no se acentuaran, era necesario pensar en un modelo basado en una ciudadanía emancipatoria en el que se reforzaran los mecanismos de participación y elección autónomos pero se preservara, al mismo tiempo, la acción del Estado como regulador y garante de la esfera pública. No resulta fácil pensar en una ciudadanía emancipatoria en el marco de un proceso de individualización en el que el trabajo pierde identidad colectiva y protección social para convertirse en una decisión individual. Y la escasa presencia de la agenda ciudadana en los temas prioritarios de salud completa el cuadro.

Las últimas preguntas planteadas en este trabajo se relacionaban más específicamente con los estudios de caso y sus procesos de reconversión a nivel micro. El análisis relacional utilizado como marco conceptual, permitió examinar también las tensiones entre lo macro y lo micro y cómo se dirimen los intereses de los actores sociales. Por un lado, fue de interés indagar si las resistencias de los diferentes actores frente a los cambios impulsados por la desregulación impactaron en el proceso de reconversión y, por otro, si diferentes estrategias de reconversión incidieron en la evaluación de los usuarios sobre la calidad de atención de los servicios de salud.

El estudio de caso, realizado entre fines de 1999 y principios del año 2000 en la Obra Social de la Unión Obrera Metalúrgica, gremio emblemático del desarrollo industrial, que contaba con casi medio millón de afiliados, posibilitó el análisis in situ del itinerario de su decadencia y mostró a nivel micro las falencias de un sistema de protección social creado en otro contexto social, económico y político. La entidad ya arrastraba serios déficits financieros y, en 1997 se encararon las primeras medidas para paliar la grave situación económica sin una adecuada planificación previa y con un serio recorte en sus gastos (administración, personal, y servicios contratados). Como última tabla de salvación, el equipo de la Dirección de Asistencia Social de la Obra Social y, en oposición a la voluntad de su Secretario Nacional, Lorenzo Miguel, pretendió ingresar en el Programa del Banco Mundial. Esta estrategia fue ideada no tanto como una efectiva herramienta de reconversión, sino para evitar el pedido de convocatoria de acreedores, dado que los dirigentes del Secretariado Nacional rechazaban enérgicamente el espíritu del Programa, basado en disminuir la cantidad de centros propios,

en incentivar una mayor subcontratación con el sector privado, en gerenciar los centros de atención y en reducir la dotación de personal.

Mientras se dirimían estas disyuntivas internas, aparecían serios conflictos de intereses entre los actores estatales a raíz de la condonación de antiguas deudas previsionales de la U.O.M. como condición para acceder al préstamo del Banco. Más allá de la legalidad de la demanda, existía por parte de la Presidencia de la Nación una voluntad de resolver este escollo otorgando una prebenda clientelística y política. Pero las pujas interestatales (Jefatura de Gabinete de Ministros –que imponía la voluntad presidencial– y el rechazo frontal por parte del equipo técnico del Ministerio de Economía) impidieron la efectiva incorporación de la U.O.M. al Programa de Reversión. Este episodio resaltaba la fragmentación de los órganos decisores a nivel estatal, que no lograron otorgar coherencia a las políticas, ya sea a partir de un encolumnamiento en vertientes ideológicas relativamente antagónicas, o bien por una tendencia a aceptar presiones de diferentes clientelas sectoriales.

Ante el agotamiento de las instancias políticas de negociación, y ante el obligado pedido de convocatoria, la férrea lógica del manejo verticalista impuesta por el Secretariado Nacional comenzaba a tambalear. Fuertes fisuras internas entre diferentes posiciones de los delegados regionales cuestionaban los constantes rechazos a crear mecanismos más innovadores para paliar la crisis institucional, tal como la asociación con otras entidades aprovechando la fortaleza de su red de servicios. El debilitamiento de sus influencias políticas sumado a una exigua capacidad de presión y negociación en un contexto económico que le fue crecientemente adverso, junto a la imprevisión para anticiparse a los conflictos, llevaron a que la UOM debiera aceptar la tan rechazada modalidad del gerenciamiento y pseudo-privatización de sus servicios de salud. El proceso de reversión de la Obra Social fue la crónica de una agonía anunciada provocada por la cristalización de sus valores tradicionales y la férrea negativa de instalar mecanismos más democráticos en la gestión sindical.

Todos los actores se vieron perjudicados por esta compleja situación, sobre todo el plantel médico y los Directores de los Centros Médicos, aunque culparan a la cúpula por la crisis, juzgaron que el Gobierno, en parte, fue responsable por la situación macro-económica imperante, y rescataban valores arraigados de la UOM como la identidad metalúrgica, el sentido de pertenencia y los principios solidarios.

La crisis financiera produjo serias limitaciones en la atención médica que se vieron reflejadas entre los beneficiarios de la Obra Social, no obstante éstos se manifestaban satisfechos en general con la calidad de los servicios de salud. El segmento más afectado conformado por mujeres, personas de mayor edad, menor instrucción y menor ingreso

mensual que debieron soportar tiempos prolongados de viaje por derivaciones al Policlínico Central, mayores períodos de espera para el otorgamiento de turnos, pagos de aranceles y dificultades para obtener medicamentos con descuentos. Pese a ello, fue la franja que mejor evaluó a la Obra Social y, a pesar de estos inconvenientes, deseaba permanecer en ella privilegiando el sentido de identidad y pertenencia. ¿Es esto una paradoja? Si la adquisición de saberes culturales incide en la mejor evaluación de la calidad de los servicios de salud, la contradicción es sólo aparente ya que la población más vulnerable tiende a valorar cualquier beneficio relacionado con la tenencia de cobertura. Pero además aparecía otro segmento, minoritario y bien diferenciado del anterior, que criticaba la baja calidad de la atención y estaba más predispuesto a optar por otra entidad. Los jóvenes, de sexo masculino, de mayor nivel de educación y con ingresos más elevados constituían preferentemente el grupo de futuros migrantes. Si la UOM hubiera podido reposicionarse en un contexto más competitivo, estaba en condiciones para retener a este segmento, pero los datos revelan que fue una de las Obras Sociales que encabezó el balance de mayores pérdidas de afiliados.

El trabajo de campo sobre la reconversión de la Obra Social del Personal Gráfico recién pudo efectivizarse en el año 2004, contando con la experiencia subjetiva vivida ex post por los principales dirigentes de la entidad. Los trabajadores gráficos formaron parte de una organización que estuvo entre las primeras que llevaron a cabo acciones sindicales y encabezó innumerables luchas reivindicativas por los derechos laborales.

En el marco del proceso de desregulación de Obras Sociales y, específicamente, de la creación del Programa de Préstamos del Banco Mundial (PROS) implementado en 1997, la OSPG calificó para ingresar al Programa que le permitió la solidificación de su proceso de reorganización.

Con la aprobación de dicho préstamo, la entidad logró cumplir con sus objetivos iniciales: ampliar infraestructura en su sede central, adquirir terrenos para la construcción de nuevos centros de salud en el Conurbano Bonaerense y continuar prestando atención médica a los afiliados en sus servicios propios. Paralelamente la OSPG se sirvió de las herramientas disponibles por el Préstamo y avanzó hacia una reorganización de sus sistemas de información y de administración, mejoró el mecanismo de solicitud de turnos, y creó una modalidad de comunicación más fluida con los trabajadores en los distintos talleres gráficos a través de la distribución de cartillas médicas y boletines.

Sus recursos humanos fueron capacitados en nuevas herramientas de gestión, y su plantel no experimentó severos cambios. Tampoco se vieron afectados financieramente por la deuda generada por ese préstamo y no sufrieron pérdida de beneficiarios ante la libre elección.

De acuerdo con la visión de los responsables de la Obra Social, que actuaron según los requerimientos de las autoridades del Sindicato (Federación Gráfica Bonaerense), la adhesión al Programa tuvo como primordial objetivo conservar la política de gerenciamiento propio y cuidado de la salud que históricamente encaró la entidad. Además, se mostraron sumamente críticos con la política neo-liberal encarada por el gobierno menemista, y se valieron de algunos de sus mecanismos existentes para aprovecharlos en el logro de sus propios intereses preservando su propio poder. En ese sentido la reconversión encarada fue exitosa, pero no pudieron prever los cimbronazos provocados por la crisis del año 2001.

El cierre de numerosos talleres gráficos, así como la profundización del proceso de informatización que ya venía desplazando puestos de trabajo, provocaron despidos masivos que incidieron en las prestaciones de la Obra Social. El arancelamiento de algunas prácticas, el corte de los servicios brindados por clínicas zonales privadas afectaron la calidad de atención. De todas maneras y especialmente durante el período más crítico (1999-2002), los dirigentes sindicales acentuaron la necesidad de una mayor participación de los trabajadores a través de sus delegados. El ejercicio de una política democrática con amplia participación horizontal impuesta por la cúpula sindical fue un sólido sostén para atravesar la crisis. Como lección aprendida puede advertirse que la obra social reconvertida exitosamente en 1998, no estuvo protegida de los vaivenes laborales de la crisis del 2001.

Los médicos expresaron conformidad en su relación con la dirigencia y mostraron sintonía con la política de la OSPG al compararla con otras Obras Sociales destacando a su favor un mejor clima en la relación médico-paciente y ventajosas condiciones laborales.

Los beneficiarios entrevistados calificaron con elevados puntajes a la Obra Social. Esta evaluación se correlacionaba con las mejoras encaradas sobre todo en la Clínica Central. Los ecos de la crisis aún estaban presentes entre los usuarios: manifestaban dificultades para conseguir medicamentos, debían insumir largos tiempos de viaje dada la escasa red de servicios de segundo nivel existentes en el Conurbano y solicitaban acortar los tiempos de espera para consultas y prácticas. Aunque los afiliados más jóvenes y los de mayor nivel de ingreso mensual, asumían una relación más instrumental con la Obra Social por sentirse más desapegados identitariamente, lo cual les permitía una mayor capacidad de discriminación, no fueron tan críticos a la hora de evaluar la calidad de atención y, además no pensaban optar por otra entidad.

Se hace complejo comparar ambos procesos de reconversión porque presentan lógicas diferentes en sus estructuras organizativas y en sus trayectorias políticas. También lo son sus mecanismos de democratización y de representación. Pero en ambas entidades se detecta un

un hilo conductor en común: su sólido perfil ideológico que atraviesa a la concepción del cuidado de la salud. Así, tanto la UOM como la OSPG planificaron su oferta en base a un modelo de servicios propios (clínicas, centros de salud y hoteles de turismo), con escasa contratación de clínicas privadas cristalizando su identidad. Los metalúrgicos perdieron un gran número de afiliados a raíz del desmantelamiento de la industria nacional, por la evasión de aportes y por la presión de pase de afiliados a otras entidades, y los gráficos también experimentaron una transformación de su oficio con la aparición de los sistemas computarizados que reconvirtió a la industria en base a un recambio generacional.

¿Por qué la UOM debió someterse a la convocatoria de acreedores y al gerenciamiento de sus servicios mientras que la OSPG se benefició adhiriendo al préstamo del Banco Mundial para consolidar su modelo original? Las diferencias en la conformación de sus entramados institucionales (cantidad de afiliados, cantidad de servicios propios, dotación de recursos humanos, situación financiera previa al inicio del proceso de desregulación, manejos clientelísticos con los poderes de turno) son fundamentales a la hora de plantear algunas explicaciones. Pese a que ambas cúpulas sindicales rechazaron enfáticamente la incorporación de modalidades privatizadoras, los diferentes mecanismos de representación y de participación política (sumamente verticalista en la UOM y más abierta y democrática en la OSPG) fueron criterios que obstaculizaron o favorecieron las transformaciones acaecidas. ¿Y los beneficiarios? Fueron, reiteradamente, los actores ausentes, los que no tuvieron oportunidad ni posibilidad de intervenir en las decisiones de las cúpulas sindicales.

Ahora bien, al analizar la calidad de atención por parte de sus beneficiarios, mediante técnicas cualitativas y cuantitativas, en ambas Obras Sociales la evaluación de los servicios de salud obtiene calificaciones elevadas, pese a que los promedios de la OSPG sean algo superiores a los de la UOM. En los estudios de caso, aparecen dos segmentos particularizados según determinantes socio-demográficos relacionados con la edad, el nivel educativo, el sexo y el nivel de ingresos, que evalúan con diferentes ópticas la satisfacción con la atención recibida. La franja de los usuarios de mayor antigüedad manifiesta un fuerte sentido de pertenencia en función de una identidad creada por su estrecha relación con el trabajo. Como ese sentido de pertenencia colaboró para cohesionar a los usuarios en su obra social de origen, la aparición de la libre elección no rompió con ese vínculo entre los beneficiarios de mayor antigüedad laboral. Pero el trabajo ha dejado de ser permanente, así como la identidad se ha reemplazado con otros valores, y por ello el segmento de los más jóvenes, sin tanto sentido de pertenencia o en un débil grado, puede separarse de las experiencias enraizadas de los

mayores y calificar más críticamente. También están más predispuestos a los cambios, y consideran factible mudarse de entidad si su obra social no brinda la atención que requieren.

Por otra parte no todo puede explicarse por la identidad y la pertenencia. También, son innegables las barreras sociales que obstaculizan la relación médico-paciente y la heterogeneidad en el acceso y en la acumulación de los bienes culturales según diferentes sectores sociales: entre los usuarios provenientes de niveles educativos más altos se otorga mayor valoración al cuidado de la salud como factor independiente de la tenencia de cobertura, las conductas preventivas son más asiduas y se evidencia un conocimiento más particularizado acerca de las modalidades de las prácticas médicas (Boltanski, 1975; Bourdieu, 1985).

Independientemente de la evaluación sobre la satisfacción con la atención médica, de los resultados objetivos de cada proceso de reconversión (en el caso de la UOM plagado de fracasos y en la OSPG, atravesado por sus logros), y al margen de las técnicas de recolección de datos utilizadas, el hecho de disponer de cobertura médica fue sin duda para los beneficiarios, un valor altamente apreciado, que les otorgó un mayor nivel de seguridad y confianza frente a las necesidades de salud.

A la hora de arriesgar una opinión sobre los aspectos que hacen a la calidad de atención, el personal médico aparece como el mejor evaluado. En ese sentido, las creencias previas relacionadas con la conducta médica pudieron jugar un rol significativo en la determinación de las evaluaciones, sin relación directa con lo que efectivamente se hizo o percibió durante las entrevistas realizadas.

La presente investigación, al igual que la mayoría de los estudios realizados para evaluar satisfacción con la calidad de la atención, mostró que cuando se interroga directamente a un paciente sobre su nivel de satisfacción, la respuesta es francamente positiva. Sin embargo el mismo entrevistado, al reflexionar sobre aspectos específicos de su diagnóstico y tratamiento suele expresar descontentos escasamente compatibles con aquella afirmación general. Así, podría suponerse que los pacientes que acuden a los servicios de salud logran su objetivo inmediato aunque implique múltiples dificultades y prolongadas esperas: sus expectativas prácticas han sido resueltas, aunque no así las ideales.

Este trabajo pretendió tomar en cuenta los cambios producidos en las políticas de salud del país que modificaron tanto a la demanda como a la organización de los servicios, por ello se intentó construir una perspectiva relacional que vincule la organización de los servicios con las necesidades, expectativas y demandas de la población a cargo, sustituyendo la relación médico-paciente por una relación paciente-institución.

El espíritu de la Reforma puso énfasis en la transformación imperiosa de los mecanismos de conducción, control y financiamiento de la Seguridad Social médica. Aunque sea necesario que las acciones en salud sean más efectivas y eficientes, la cuestión de las diferentes necesidades de distintos grupos poblacionales no se resuelve solamente con la cuantificación técnica de una determinada política. Ni tampoco con la disminución de la intervención estatal ni con estrategias de focalización anunciadas como más equitativas, pero no verificadas en la práctica.

Aún queda pendiente la discusión de un modelo de atención de la salud integral que genere consensos para su implementación. Pero sin una efectiva presencia reguladora del Estado pensar en un modelo de salud más equitativo, participativo y transparente parece una estrategia que desde el vamos tiende a naufragar. El panorama no es esperanzador, pero es importante reconstruir la capacidad de previsión, de negociación y de planificación en la implementación de políticas, estimulando la innovación responsable y la creatividad para fortalecer la facultad del Estado para regular el sistema en términos del interés colectivo.

## Bibliografía

Abos, A. 1999. *Augusto Vandor Sindicatos y peronismo*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Acuña, C. y M. Chudnovsky 2002. “El sistema de salud en Argentina”. Documento N° 60. Buenos Aires, Universidad de San Andrés y Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional, Fundación Gobierno y Sociedad.

Afcan Consulting. 1998. *Relevamiento de Centros Hospitalarios de la UOM*. Buenos Aires, Mimeo.

Alexander, J. 1987. *The Micro-Macro Link*. Berkeley. University of California Press.

Alleyne, G. 2000. Prólogo, en H. Standing, *El género y la reforma del sector salud*, Harvard, Harvard Center for Population and Development.

Almeida, C. y L. Findling 2002. “Salud, reforma y equidad”. Ponencia presentada en el IV Congreso de Secretarios de Salud de las Américas, Equidad local y equidad global para la salud en América. Noviembre, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Alonso, G. 1999. “La regulación del sistema de salud en la Argentina. Dimensiones conceptuales para el estudio de la capacidad institucional”, en *Políticas Públicas*, Buenos Aires, Serie 3. Documento N°41, Instituto Nacional de la Administración Pública.

2000. *Política y seguridad social en la Argentina de los '90*. Buenos Aires, Miño y Dávila.

Asociación de Entidades de Medicina Pre-Paga. 1999. *Boletín* Junio. Buenos Aires, ADEMP.

Banco Mundial. 1999. Implementation completion report Republic of Argentina Health Insurance Reform Project (Loans 4002/3-AR) July 7, Country Management Unit for Argentina, Chile and Uruguay. Human Development Sector Management Unit Latin America and the Caribbean Regional Office. Disponible en:

[http:// www-wds.worldbank.org/external/default/.../IB/.../multi\\_page.txt](http://www-wds.worldbank.org/external/default/.../IB/.../multi_page.txt). Fecha de acceso: 12/6/2009.

Barbosa da Silva J. y M. Berti Azevedo Barros 2002. “Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história”, *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol. 12 N° 6.

Báscolo, E. y C. Bloch 2003. “Bases para una estrategia de extensión de la protección social en salud”. Ponencia presentada en la Convocatoria de la Universidad pública a la sociedad argentina. El Plan Fénix en vísperas del Segundo Centenario. Una estrategia nacional de desarrollo con equidad. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Buenos Aires. Agosto. Buenos Aires.

Bauman, Z. 1999. *La globalización. Consecuencias humanas*. México, Fondo de Cultura Económica.

- Beck, U. 1998. *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona. Paidós.
- Belmartino S., C. Bloch, I. Luppi y M. Schapira 1995. *Mujer y Servicios de Salud. Una Perspectiva crítica*. Rosario. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Cuadernos Médico-Sociales.
- Belmartino, S. 2000. “Reorganizing the health care system in Argentina”, e Fleury, S.; S. Belmartino y B. Enis (Editors) *Reshaping Health Care in Latin America. A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil and México*. Ottawa. International Development Research Centre.
2000. *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
2001. “Obras sociales, el engañoso consuelo de los promedios”, *Cuadernos Médico Sociales* N° 79.
2005. “Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina”, *Salud Colectiva*. 1 (2).
2006. “La reforma del sector salud en la Argentina, mujer y empleo”, en Rico, M.N. y F. Marco, *La reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina*. Buenos Aires. CEPAL, GTZ, SIGLO XXI.
2009. “Los procesos de toma de decisiones en salud. Historia y teoría”, *Revista Política y Gestión* N° 11.
2009. “Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos”. Ponencia presentada en: 5° Foro del Bicentenario Salud y Políticas de Salud. Buenos Aires, Secretaría de Cultura de la Nación.
2010. “¿Salud para todos?” *Voces en el Fénix*. Año 1 N° 1.
- Bengochea, L. 2002. Desocupación y salud: caracterización de la morbilidad en la población despedida de trabajadores gráficos durante los años 2000-2001. Tesis de Maestría en Salud Pública. Universidad de Buenos Aires. Mimeo.
- Bertranou, F. y D. Bonari (coords.) 2005. *Protección Social en Argentina Financiamiento, Cobertura y Desempeño 1990 – 2003*. Santiago de Chile, Oficina Internacional del Trabajo.
- Boltanski, L. 1975. *Los usos sociales del cuerpo*. Periferia, Buenos Aires.
- Bosoer, F. 2009. “Augusto Vandor, el sindicalista que enfrentó a Perón”, *Revista EÑE*.
- Bourdieu, P. 1985. « Le capital social », *Actes de la recherche en Sciences Sociales*. N° 31.
- Bresser Pereira, L. C. 1991. “La Crisis de América Latina. ¿Consenso de Washington o Crisis Fiscal?”, *Pensamiento Iberoamericano, Revista de Economía Política*, N° 19.

Brook R. y Lohr K. 1985. "Efficacy, Effectiveness, Variations and Quality. Boundary crossing research", *Medical Care* N° 23.

Buss, P. y Pellegrini Filho, A. 2006. "Inequidades em saúde no Brasil: nossa mais grave doença". Reporte de Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde, *Cadernos de Saúde Pública*. Vol.22 N° 9.

Bustelo, E. 1997. "Expansión de la ciudadanía y construcción democrática", en E. Bustelo y A. Minujin (comp.), *Todos entran*. Buenos Aires, Unicef/Santillana.

Cardoso, F. H. 1982. "Os regimes autoritarios na America Latina", en D. Collier, *O novo autoritarismo na America Latina*. Río de Janeiro, Paz e Terra.

Castells, M. 1997. *La era de la información. Economía, sociedad y cultura*. Madrid, Alianza.

Cavarozzi, M. 1991. "Más Allá de las Transiciones a la Democracia en América Latina", *Revista de Estudios Políticos*. N° 74.

CEPAL, 2000. *Equidad, Desarrollo y Ciudadanía*, Santiago de Chile, Naciones Unidas. CEPAL. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/4425/lcg2071.pd>. Fecha de acceso: Julio 2002.

Cetrángolo, O. y F. Devoto 1999. *La salud en Argentina. Un sistema ineficiente e injusto. Diagnóstico, últimas reformas y propuestas*. Buenos Aires, Cuadernos FADE (Fundación para el Desarrollo de la Equidad).

2002. Organización de la salud en Argentina y equidad: una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. Trabajo presentado en el Taller Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health, Toronto, junio.

Corin, E. 1996. "La matriz social y cultural de la salud y la enfermedad", en R. Evans, M. Barer y T. Marmor (editores) *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* Madrid, Editorial Díaz de Santos.

Correa, E. y M. Noé (Eds.). 1998. *Nociones de una Ciudadanía que crece*. Santiago de Chile, FLACSO, Serie libros.

Danani, C. 1996. "Todo lo solidario se desvanece en el aire: la libre afiliación a las obras sociales", en Findling, L. y A.M. Mendes Diz (comp.), *La salud en debate. Una mirada desde las Ciencias Sociales*. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires y Ciclo Básico Común.

1998. Los procesos que esconde la reforma de la Seguridad Social. Argentina: el caso de las obras sociales. Ponencia presentada en XXI LASA International Congress. Chicago. Disponible en: <http://lasa.international.pitt.edu/LASA98/Danani.pdf>. Fecha de acceso: 10/7/2008.

Danani, C. y J. Lindemboim (coord). 2003. *Entre el trabajo y la política: las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada*. Buenos Aires, Biblos.

De Santis, M. y V. Herrero. 2003. Equidad en el acceso, desigualdad y utilización de los servicios de salud. Una aplicación al caso argentino en 2001. Instituto de Economía y Finanzas. Córdoba, Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Córdoba, Mimeo.

Donabedian, A. 1966. "Evaluating the Quality of Medical Care", *Midland Medicine*. F.Q., 2.

2001. "Garantía de Calidad en la Atención de Salud: el papel del consumidor", *Calidad Asistencial*. N° 16.

Doyle, L. y I. Gough. 1991. *Theory of Human Need*. London, MacMillan.

Espejo, F. y R. Fuentes 1997. "Equidad en Salud", *Cuadernos Médicos Sociales*, XXXVIII, 1, Chile.

Esping-Andersen, G. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge, Policy Press.

1996. "¿After the Golden Age? Welfare States Dilemmas in a Global Economy", en G. Esping-Andersen (ed.) *Welfare Status in Transition: National Adaptations in Global Economies*. London, Research Institute for Social Development. Citado por Belmartino, 2009. "Los procesos de toma de decisiones en salud. Historia y teoría". *Revista Política y Gestión*. N° 11.

2000. *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona, Ariel.

Evans, R. y G. Stoddart. 1996. "Producir salud, consumir asistencia sanitaria", en Evans, R., M. Barer, y T. Marmor: *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* Madrid. Editorial Díaz de Santos.

Federación Gráfica Bonaerense. 2007. *Los Gráficos, 150 años*. Buenos Aires. Federación Gráfica Bonaerense.

Fernández, A. 1998. "La Crisis Sindical y la Reforma Laboral", *Revista Sociedad 12/13*, Universidad de Buenos Aires.

Fidalgo, M. 2008 *Adiós al derecho a la salud. El desarrollo de la medicina prepaga*. Buenos Aires, Espacio Editorial.

Filgueira, F. 1998. "Tipos de welfare y reformas sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada". Ponencia presentada en el Seminario A reforma da administracao pública no Brasil: possibilidades e obstáculos. Fundação Joaquim Tabuco- Disponible en: <http://www.fundaj.gov.br/docs/eg/Semi8.rtf>. Fecha de acceso: 15/2/10.

Findling, L. y M. C. Tamargo. 1994. "Política de salud y negociación corporativa en Argentina", en Kornblit, A. (comp.). *Ciencias Sociales y Medicina: La Salud en Latinoamérica*. Buenos Aires, Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Findling, L., M. Arruñada y E. Klimovsky. 2000. “Desregulación de Obras Sociales: un balance de la libre elección”, en A. Dominguez Mon, A. Federico, L. Findling y A.M. Mendes Diz (Comps.). “*La salud en crisis. Una perspectiva desde las Ciencias Sociales*”. Buenos Aires, Editorial Dunken.

2002. “Equidad y salud: el proceso de reconversión de las obras sociales en Argentina. Un estudio de caso”, *Cadernos de Saude Publica (Reports in Public Health)*. Vol. 18, N°4.

Fleury, S. y C. Molina 2002. “Modelos de Protección social”, en Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social INDES. Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. Washington. Disponible en: <http://www.rau.edu.uy/fcs/dts/Politicassociales/Fleury.pdf> . Fecha de acceso: Febrero de 2010

Fleury, S. 1997. *Estado sin ciudadanos*. Buenos Aires, Lugar Editorial.

Freidson, E. 1961. *Patients' views of Medical Practice*. New York, Russell Sage Foundation.

Fundación Argentina para el Desarrollo de la Equidad (FADE) 1999. *La salud en Argentina. Un sistema ineficiente e injusto. Diagnóstico, últimas reformas y propuestas*”. Buenos Aires, Documento de Trabajo No. 13.

Giddens, A., Z. Bauman, N. Luhmann y U. Beck. 1996. *Las consecuencias perversas de la modernidad*. 1996. Barcelona, Editorial Anthropos.

Giordano, O. y J. Colina. 2000. *Las reformas al sistema de salud ¿El camino hacia un sistema universal, equitativo y eficiente?* Serie Documentos N° 15. Buenos Aires, Fundación Novum Millenium.

Giordano, O. 1999. El Congreso de ACAMI, *Revista Médicos*. N° 6.

Glaser, B. y A. Strauss. 1967. *The Discovery of Grounded Theory Strategies for Qualitative Research*. Chicago, Aldine.

Gómez Gómez, E. 2002. “Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica”, *Revista Panamericana de Salud Pública* 11 (5/6).

González García, G. y F. Tobar. 1999. *Más salud por menos dinero*. Buenos Aires, Ediciones Isalud.

Grassi, E., S. Hintze y M. R. Neufeld 1994. *Políticas Sociales. Crisis y Ajuste Estructural*. Buenos Aires, Espacio Editorial.

Grassi, E. 2003. *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I)*, Buenos Aires, Espacio Editorial.

Grimberg, M. 1997. *Demanda, negociación y salud. Antropología social de las representaciones y prácticas de trabajadores gráficos, 1984-1990*. Buenos Aires. Coedición: Oficina de Publicaciones del CBC y Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

Grüner, E. 1990. "Entre el dolor y la nada, apuntes sobre la ideología neoconservadora y la crisis del estado", *Revista Doxa*. Año 1 N° 1.

Halperin Weisburd, L.; J.A. Labiaguere; C. Delpech; M. González; B. Horen; J. Villadeamigo; L. Siffredi y G. Müller. 2008. "Políticas sociales en la Argentina: entre la ciudadanía plena y el asistencialismo focalizado en la contención del pauperismo", *Cuaderno N° 10*. Buenos Aires, CEPED .Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.econ.uba.ar/www/institutos/economia/Ceped/publicaciones.htm> Fecha de acceso: 3/5/2010

Hintze, S. 2003. "Estado y políticas públicas: acerca de la especificidad de la gestión de políticas para la economía social y solidaria". Ponencia presentada en: Segundo Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Estado y Administración. Buenos Aires.

2007. *Políticas sociales argentinas en el cambio de siglo. Conjeturas sobre lo posible*. Buenos Aires, Editorial Espacio.

Hirschman, A. 1977. "Enfoque generalizado del desarrollo por medio de enlaces, con referencia especial a los productos básicos", *El Trimestre Económico*, enero-marzo, citado en Alonso, G. 2000. *Política y seguridad social en la Argentina de los '90*. Buenos Aires, Miño y Dávila.

International Society for Equity in Health (ISEQH) 2004. *Definitions*. Disponible en: <http://www.iseqh.org> Fecha de consulta: 10/9/04.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) 2001. *Censo Nacional de Población. Datos preliminares*. INDEC. Secretaría de Política Económica, Ministerio de Economía.

2006. Población total según condición de pobreza, sexo y grupos de edad. EPH. Disponibl en : [www.indec.mecon.ar](http://www.indec.mecon.ar). Fecha de acceso: 1/11/07

Iriart, C. y L. Nervi. 1990. "Modelo médico y técnicas de investigación social: la encuesta de satisfacción de los usuarios en la evaluación de servicios de salud", *Cuadernos Médicos Sociales*. N° 52.

Katz, J., J. Laspiur y H. Arce. 1993. "Un modelo de organización y comportamiento sectorial" en *Estructura y comportamiento del sector salud en Argentina, Chile y Uruguay*. Washington, OPS, Cuaderno Técnico N° 36.

Kritz, E. 1996. "Actitudes de la población respecto de las obras sociales y la negociación laboral", *Revista Novedades Económicas*, Año 18 N° 189.

Lerner, L. 1993. "Mutación de los servicios públicos de atención médica y políticas sociales. ¿Hacia un proyecto fundacional?", en Eibenschutz, C.. (Org.), *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro. Editora Fundación Fiocruz.

Lindenboim, J. 2010. "Ajuste y pobreza a finales del siglo XX", en Torrado, S. (Dir.) *El costo social del ajuste (Argentina 1976-2002)*, Tomo II. Buenos Aires, Edhasa.

- Linder- Pelz, S. 1982. "Toward a theory of patient satisfaction", *Social Sciences Medicine*. 16, 577
- López E, L. Findling y M. Abramzón. 2006. "Desigualdades en salud: ¿Es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres?", *Salud Colectiva*. Vol. 2 (enero-abril)
- López, E., L. Findling, M. Abramzón, M. P. Lehner, M. Ponce y M. P. Venturiello. 2009. "Redes sociales y salud de los adultos mayores", en López, E. y L. Findling (comps.) *Salud, familias y vínculos: el mundo de los adultos mayores*, Buenos Aires, EUDEBA.
- Long, N. y A. Long. 1992. *Battlefields of Knowledge*. London, Routledge.
- Lo Vuolo, R., A. Barbeito y C. Rodríguez Enríquez, C. 2002. *La inseguridad socio-económica como política pública: transformación del sistema de protección social y financiamiento social en la Argentina*. Documento N° 33. Buenos Aires, Centro Interdisciplinario para el estudio de Políticas Públicas (CIEPP).
- Maceira, D. 2007. *Actores y reformas en salud en América Latina*. Nota Técnica de Saúde No. 1/2007 Banco Interamericano de Desarrollo. Departamento de Desarrollo Sostenible División de Programas de Desarrollo Social, en [www.iadb.org/document.cfm?id=1442341](http://www.iadb.org/document.cfm?id=1442341). Fecha de acceso: 22/11/2009.
- Maingon, T. 1997. "Proceso de privatización en los servicios de salud en América Latina y el Caribe: estudio de casos", *Población y Cambio Social. Revista Latinoamericana de Población*, Vol.1. N° 1.
- Marradi, A., N. Archenti y J. Piovani. 2007. *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires, Emecé.
- McAdam, D., S. Tarrow C. Tilly 2005. *Dinámica de la contienda política*. Madrid, Editorial Hacer. Disponible en: <http://www.hacereditorial.es/>. Fecha de acceso: 13/9/2010.
- Mendes Diz, A. M., L. Findling, P. Schwarz, P. Di Leo y A. Camarotti. 2005. "La percepción de la satisfacción de los usuarios de la Obra Social del Personal Gráfico a partir del proceso de reconversión". Ponencia presentada en las VI Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Área Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Agosto.
- Mendes Diz, A. M., L. Findling, P. Schwarz, P. Di Leo y A. Camarotti. 2006. "La pertenencia a la obra social como clave de la evaluación de los servicios de salud. Un estudio de caso". *Revista Argentina de Sociología*. Vol. 4 N° 6.
- Mercer, H. 1997. "Cuestiones sociales y reforma del sistema de salud", en Katz, J., O. Cetrángolo, G. González García, H. Mercer, G. Vidart y D. Marcu. *El sistema de salud en Argentina*. Colección Temas Económicos y Sociales. Buenos Aires, Fundación Omega Seguros.
- Medici, A. 1998. "Las etapas de la reforma en América Latina". Ponencia presentada en las VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud El futuro de las reformas o la reforma del futuro. Buenos Aires.

2000. “Las reformas de salud en América Latina y el Caribe”, en Sánchez, H. y G. Zuleta (eds.), *La hora de los usuarios: reflexiones sobre economía política de las reformas de salud*. Washington, D. C., Banco Interamericano de Desarrollo. Centro de Estudios Salud y Futuro. Disponible en <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=418457>. Fecha de acceso: 18/12/2010.

2007. “Introducción”, en Maceira, D. *Actores y reformas en salud en América Latina*. Nota Técnica de Saúde No. 1/2007. Banco Interamericano de Desarrollo. Departamento de Desarrollo Sostenible División de Programas de Desarrollo Social. En [www.iadb.org/document.cfm?id=1442341](http://www.iadb.org/document.cfm?id=1442341). Fecha de acceso: 22/11/ 2009.

Mesa-Lago, C. 1991. “Social security in Latin America”, en *Economic and Social Progress in Latin America*. Washington, D.C. Banco Interamericano de Desarrollo, IADB.

Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de la Salud. 2003. Argentina 2003. Indicadores básicos. Disponible en <http://www.bvs.org.ar/pdf/indicadores2003.pdf>. Fecha de acceso: 24/11/2010.

Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de la Salud. 2005. Argentina 2005. Indicadores básicos. Disponible en <http://www.bvs.org.ar/pdf/indicadores2005.pdf>. Fecha de acceso: 24/11/2010.

Mishra, R. 1990. *The Welfare State in Capitalist Society*. Toronto, University of Toronto Press.

Montoya, S. 1998. “La reforma de las obras sociales en Argentina: avances y desafíos pendientes”, *Estudios N° 87*, octubre-diciembre.

Montoya, S. y J. Colina 1999. *La reforma de las Obras Sociales en la Argentina: Avances y Desafíos pendientes*. Córdoba, IERAL-Fundación Mediterránea.

Murillo, V. 1997. “El Sindicalismo Argentino y las Reformas de Mercado”, *Desarrollo Económico*. Vol. 37, N° 147.

Nochteff, H. 1998. “Neoconservadorismo y subdesarrollo. Una mirada de la economía Argentina”, en Nochteff, H. (comp.), *La economía Argentina a fin de siglo: fragmentación presente y desarrollo ausente*. Buenos Aires, FLACSO-Eudeba.

North, D. 1990 *Institutions, Institutional Change and Institutional Economic Performance*. Cambridge, Cambridge University Press.

Novick, M. 2001. “Nuevas reglas de juego en la Argentina, competitividad y actores sindicales” en de La Garza Toledo, E. (Comp.), *Los sindicatos frente a los procesos de transición política*. Buenos Aires, CLACSO.

OPS/OMS. 1999. *Principios y conceptos básicos de equidad y salud*. División Salud y Desarrollo Humano. Washington, D.C, OPS/OMS.

- Organization for Economic Cooperation and Development. (OCDE). 1992. *The reform of health care: a comparative analysis of seven OECD countries*. Paris, OECD.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2007. Argentina Situación de Salud. Buenos Aires, OPS.
2007. Informe Salud en las Américas 2007. Disponible en: <http://www.paho.org>. Fecha de acceso: 30/10/07
- Oszlak, O. 2001. "Hacia un Estado transversal: el caso argentino", Revista *Encrucijadas* Año 1, N° 6.
- Oszlak O. y G. O'Donnell. 1995. "Estado y Políticas Estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación", Revista *Redes* N° 2 - Universidad Nacional de Quilmes.
- Palomino, H. 2003. "Los efectos de la apertura comercial sobre las relaciones laborales en Argentina", en E. De La Garza Toledo y C. Salas (Comp.). *Nafta y Mercosur: Procesos de apertura económica y trabajo*. Buenos Aires. CLACSO. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/nafta/nafta.html>. Fecha de acceso: 8/5/2010.
- Parasuraman, A., V. Zeithaml, y L. Berry, 1985. "A conceptual model of service quality and its implications of future research", *Journal of Marketing* 49, citado en Petracci, M. y D. Szulyk. 1998. Evaluación de la calidad de los servicios públicos privatizados. Disponible en: <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/petracci/.../tecnicascuadernos2.pdf>. Fecha de acceso: 10/5/2004.
- Pautassi, L. 2007. "El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos", en *Mujer y Desarrollo* N° 87. Santiago de Chile, CEPAL.
- Pentito, R. 2003. "Focalización, gestión por proyectos, cuasi mercados, administraciones paralelas: lecciones argentinas de los años '90 para el diseño e implementación de políticas sociales". Ponencia presentada al II Congreso Argentino de Administración y Políticas Públicas. Buenos Aires.
- Perelman, L. 2006. "Sindicalización y Obras Sociales". *Cuadernos del IDES* N° 10.
- Pérez Irigoyen, C. 1989. "La política de salud argentina", en Isuani, R. y E. Tenti, (Comps.). *Estado democrático y política social*. Buenos Aires, Eudeba.
- Reato, C. 2008. *Operación Traviata*. Buenos Aires, Editorial Sudamericana.
- Repetto, F. 2002. *Gestión pública y desarrollo social en los noventa*. Buenos Aires, Prometeo.
- Repetto, F. y Alonso, G. 2004. "La economía política de la política social argentina: una mirada desde la desregulación y la descentralización". *Serie Políticas Sociales* N° 97. Santiago de Chile. División de Desarrollo Social. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Ritzer, G. 1981. *Toward an Integrated Sociological Paradigm: The Search for an Exemplar and an Image of the Subject Matter*. Boston. Allyn & Bacon.

Rohlf, I., C. Borrell, y M. Fonseca. 2000. "Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos", *Gaceta Sanitaria* 14 (supl. 3).

Romano Yalour, M., D. Álvarez y Y. Grünhut 2000. "Estado del arte de las encuestas de satisfacción". Programa de Investigación Aplicada. Instituto Universitario Isalud. Secretaría de Ciencia y Tecnología. Buenos Aires. Disponible en: <http://www.isalud.org/documentacion/estadodelarteparaweb.pdf>.

Sen, A. 2002. "¿Por qué la equidad en salud?", *Revista Panamericana de Salud Pública*. Año 81, Vol. 11.

Senén González, S. y F. Bosoer. 2009. *Breve Historia del Sindicalismo Argentino*. Buenos Aires, Editorial El Ateneo, Colección Claves del Bicentenario.

Skocpol, T. 1995. *Social Policy in the United States. Future Possibilities in Historical Perspective*. Princeton, Princeton University Press.

1992. *Protecting Soldiers and Mothers: the Political Origins of Social Policy in the United States*. Cambridge, Harvard University Press.

Schmitter, P. 1974. *The Century of Corporativism?* Notre Dame. University of Notre Dame Press.

Schwab, J. P., J. Uribe y J. L. Pérez Uribe. 2003. El Sector Salud Argentino: Situación Actual y Opciones para Mejorar su Desempeño. *Banco Mundial Reporte, No. 26144-A*. Departamento de Desarrollo Humano Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. Región de América Latina y el Caribe. Banco Mundial.

Svampa, M. 2000. "Identidades astilladas. De la Patria Metalúrgica al Heavy Metal", en Svampa, M. (ed. y comp.), *Desde Abajo. La transformación de las identidades sociales*. Buenos Aires, Biblos.

Superintendencia de Servicios de Salud. 1999. *Obras Sociales. Información General del Sistema*. Buenos Aires. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Tafari, R. 1997. *Reforma al sector salud en Argentina*. Santiago de Chile, Serie Financiamiento del Desarrollo N° 53, CEPAL.

Tedeschi, V. y M. Desperbasques. 1998. "Las políticas sociales como políticas de Estado", *Revista Red* N° 2.

Therborn, G. 1986. "The Irreversible Welfare State: It's recent maturation, it's encounter with the Economic Crisis and it's future Prospects", *International Journal of Health Services*, Vol.16 N°3.

Tobar, F. 2000. "Economía de la Reforma de los Seguros de Salud en Argentina", *Énfasis Salud*. Septiembre.

Tobar, F. y col. 2002. El Gasto en Salud en Argentina y su Método de Cálculo. Instituto Universitario Isalud. Buenos Aires, Ediciones Isalud. Disponible en: <http://www.federicotobar.com.ar> Fecha de acceso: 20/12/2010.

Torres, R. 2004. *Mitos y realidades de las Obras Sociales*. Buenos Aires, Ediciones Isalud.

Uribe Gómez, M. 2007. “Reformas sociales en América Latina: las perspectivas analíticas y los actores del cambio”, *Estudios Sociológicos*, Vol. XXV, N° 2.

Vassallo, C. 2001. “Crónica de una Reforma Anunciada”, *Revista Médicos*, N° 19.

Vinocur, P. y L. Halperin 2004. “Pobreza y políticas sociales en Argentina de los años noventa”. Santiago de Chile, División de Desarrollo Social, *Serie Políticas Sociales* 85, CEPAL.

Vidart, G. 1997. “Reconversión de Obras Sociales”, en Katz, J., O. Cetrángolo, G. González García, H. Mercer, G. Vidart y D. Marcu. *El sistema de salud en Argentina*. Colección Temas Económicos y Sociales. Buenos Aires, Fundación Omega Seguros.

Whitehead, M. 1992. “The concepts and principles of equity and health”, *International Journal Health Services* 22 (3).

Williams, B. 1994. “Patient satisfaction: a valid concept?”, *Social Sciences & Medicina* 38, 4.

Williamson, J. 1971. “Evaluating Quality of Patient Care. A Strategy Relating Outcome and Process Assessment”, *JAMA*, 218

Zborowski, M. 1952. Cultural components in response to pain, *Journal of Social Issues*, 8.

